

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Février 1904, à 1 heure

PAR

Alfred GARRIGUES

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LES

HERNIES DE LA TROMPE UTÉRINE

PRÉSIDENT : **M. KIRMISSON**, Professeur.

JUGES	{	MM. TILLAUX , Professeur.	{	Agrégés.
		BROCA (Aug.) ,		
		LEGUEU ,		

PARIS

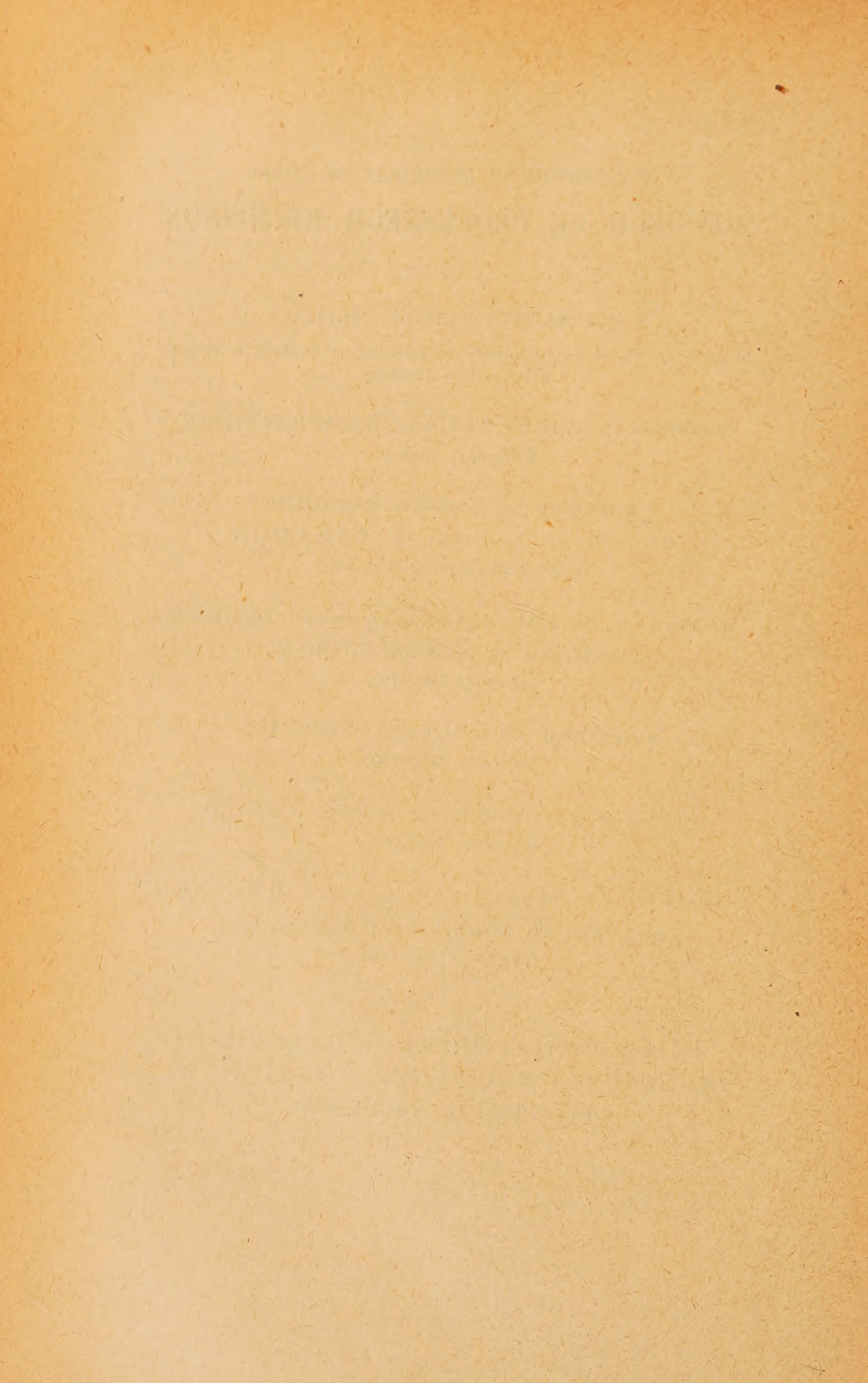
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1904



INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'opérer, en février 1903, à l'hôpital Ténon, dans le service de notre maître M. Lejars, une hernie de la trompe utérine seule, non accompagnée de l'ovaire. La même année, nous avons observé une hernie de même nature, opérée par nos collègues Picot et Viteman, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître, M. le D^r Reynier. M. Lejars, qui avait déjà publié en 1893, dans la Revue de Chirurgie, un mémoire sur cette question, nous a conseillé de faire, des hernies de la trompe utérine seule, le sujet de notre thèse.

Nous ne rapporterons dans ce travail que des cas dans lesquels, l'ovaire restant dans l'intérieur de la cavité abdominale, la trompe seule s'engage dans un trajet herniaire et vient former le contenu de la hernie. On comprend que ces cas soient rares, étant donné les connexions anatomiques étroites qui relient l'ovaire à la trompe. Cette rareté constitue un des points intéressants de cette variété de hernie ; un autre est fourni par la difficulté de leur diagnostic. Nous verrons en effet que, tandis que les hernies

HISTORIQUE

Bien que les hernies de la trompe utérine seule soient des affections rares, il existe dans la littérature médicale un nombre de faits suffisant pour qu'on puisse tracer, de cette affection, un tableau assez complet. Toutefois, cette variété de hernie est de connaissance relativement récente, et il faut arriver jusqu'aux temps modernes pour trouver un auteur qui se soit sérieusement occupé de la question.

Le premier cas de hernie de la trompe utérine seule a été publié par Voigt en 1809 : il s'agit d'une hernie inguinale droite compliquée de phénomènes inflammatoires ayant abouti à l'ulcération de la peau et à l'élimination de la trompe sphacélée. L'auteur admet « selon toute probabilité » que cet organe sphacélé était une trompe de Fallope; mais ces faits étaient si peu connus que Dezeimeris rapportant en 1839 l'observation de Voigt et, se basant sur l'absence d'observation authentique de hernie tubaire, émet l'hypothèse d'une hernie de l'appendice iléo-cœcal. L'observation est cependant d'une netteté

suffisante pour ne pas laisser le moindre doute sur la présence de la trompe dans le sac herniaire.

Le premier cas très net de hernie de la trompe signalé en France, le second dans la littérature chirurgicale appartient à Bérard et date de 1834; c'est une observation très complète suivie d'autopsie.

Jusqu'en 1889, on trouve citées isolément plusieurs observations de hernie de la trompe par Scholler, Aubry, Dolbeau, Dupont, Féré, Lentz, Vogel.

En 1889, paraît la première étude sur la question : Brünner, s'appuyant sur deux observations très détaillées, étudie la pathogénie des hernies tubaires et les accidents de pseudo-étranglement qu'elles provoquent.

Mais il faut arriver en France, jusqu'au mémoire de Lejars, publié en 1893 dans la Revue de Chirurgie, pour trouver une étude d'ensemble sur la question. Lejars, rassemblant tous les faits publiés jusqu'alors et y ajoutant un fait personnel, arrive à un total de onze observations sur lesquelles il se base pour tracer l'histoire des hernies de la trompe. Il étudie leur pathogénie, décrit leurs complications et donne des indications pour leur traitement.

Depuis le mémoire de Lejars on trouve, aussi bien en France qu'à l'étranger, quelques observations publiées isolément et que leurs auteurs ne font pas suivre de considérations spéciales. Nous relatons plus loin tous les faits publiés depuis lors pour ne mentionner ici que les plus importants.

En 1895, Kousmine publie une observation très intéressante de hernie crurale de la trompe, à propos

de laquelle il s'est livré à des recherches anatomiques sur la disposition des organes génitaux chez le nouveau-né.

La même année, Henggeler publie une statistique de 276 cas de hernie étranglée, observés et opérés à la clinique chirurgicale de Zurich, parmi lesquels on trouve deux cas de hernie de la trompe.

Depuis ont paru plusieurs mémoires, ceux de Göpel, Remedi, Morf à l'étranger; en France, les thèses de Schultz et d'Ivanoff. M. le professeur Berger, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, consacre un article aux hernies de la trompe.

Intéressante par sa rareté est l'observation publiée par Jordan en 1897, dans laquelle il s'agit d'une hernie inguinale gauche compliquée de phénomènes d'étranglement et dans laquelle on trouva, à la kélotomie, un fœtus développé dans la portion moyenne de la trompe. C'est le seul cas que nous connaissions de grossesse tubaire développée dans un sac herniaire puisque nous éliminons, comme douteux, pour les raisons citées plus haut, les cas rapportés par Puech et par Malherbe.

On voit par cet aperçu historique que la connaissance des hernies tubaires est de date relativement récente; cela s'explique par la difficulté de leur diagnostic; ces hernies étant presque toujours des trouvailles d'opération n'ont été connues qu'à dater du jour où, par suite des progrès de la chirurgie, la cure radicale des hernies est devenue une opération courante.

CARACTÈRES ANATOMIQUES

Contrairement aux hernies tubo-ovariennes qui se font presque toujours par le canal inguinal (Puech), les hernies de la trompe seule se rencontrent tantôt au niveau du canal inguinal, tantôt au niveau du canal crural ; nous connaissons même un fait, unique il est vrai (Obs. XV), dans lequel la trompe utérine seule s'est engagée dans le canal obturateur.

Sur les quarante-trois faits de hernies tubaires que nous rapportons, nous trouvons la proportion suivante : 25 hernies inguinales, 14 hernies crurales et 1 hernie obturatrice ; dans trois observations enfin, le siège de la hernie n'est pas mentionné, les auteurs se contentant d'indiquer que la tumeur siégeait dans l'aîne. Nous ne citerons ici que pour l'éliminer le fait exceptionnel rapporté par Pozzi, dans lequel la trompe est venue faire hernie dans le vagin au niveau d'une cicatrice opératoire d'hystérectomie vaginale.

Sur ces quarante-trois faits, nous ne trouvons qu'un seul cas de hernie bilatérale ; il s'agit d'une hernie inguinale congénitale, et encore la hernie d'un

côté était tout à fait à l'état d'ébauche, la portion herniée du pavillon de la trompe n'atteignant pas l'orifice externe du canal inguinal (Obs. XXXIII).

Relativement au côté qui est le siège de la hernie, nos observations se répartissent de la façon suivante : 22 hernies droites, 13 hernies gauches et 7 pour lesquelles le côté n'est pas mentionné. Lejars avait déjà noté la plus grande fréquence des hernies du côté droit. Cette prédominance du côté droit est surtout marquée pour les hernies crurales ; c'est ainsi que sur nos 25 hernies inguinales, nous en trouvons 11 à droite, 10 à gauche, 1 double et 3 pour lesquelles le côté n'est pas indiqué, tandis que sur nos 14 hernies crurales, 11 siégeaient à droite, 2 à gauche, et pour la dernière enfin, le côté n'était pas indiqué.

Les hernies inguinales appartiennent pour la plupart à la variété oblique externe. Dans les observations où sont indiqués les rapports respectifs du sac et du ligament rond, ce dernier est situé sur la face postéro-interne du sac, comme il est de règle dans la hernie oblique externe ; nous savons d'ailleurs que, chez la femme, la hernie inguinale directe est exceptionnelle. Cependant l'observation VII paraît se rapporter à cette variété : le ligament rond était situé en dehors et en avant du sac.

En ce qui concerne les hernies crurales, nous devons faire une mention particulière pour le cas d'Aubry (Obs. VI), dans lequel il s'agit d'une hernie à travers le ligament de Gimbernat (H. de Laugier). L'auteur de l'observation s'exprime ainsi : « Elle est

fixée près de la partie externe du ligament de Fallope, ou au-devant du pectiné, en dehors des adducteurs, en dedans des vaisseaux cruraux. C'est une hernie à travers le ligament de Gimbernat ».

Les enveloppes extérieures de la hernie ne présentent aucun caractère qui soit particulier aux hernies de la trompe.

Le sac herniaire peut contenir, outre la trompe, plusieurs viscères parmi lesquels celui qu'on rencontre le plus fréquemment est l'ovaire ; cela se conçoit, étant donné les rapports anatomiques de ces deux organes qui sont unis l'un à l'autre par le ligament tubo-ovarien ; mais la coïncidence de ces deux viscères dans une hernie mérite, par sa fréquence même, qu'on fasse une place à part aux hernies tubo-ovariennes ; nous ne nous en occuperons pas ici. En dehors de l'ovaire, on trouve encore, associé à la trompe, de l'épiploon ou de l'intestin grêle ; nous ne trouvons signalée qu'une fois la présence du gros intestin représenté par le cœcum et l'appendice. Enfin l'observation de Lejars est relative à un cas de hernie inguinale simultanée de la trompe et de la vessie : la vessie siégeait en dehors du péritoine sur la face postérieure du sac auquel elle adhérait intimement.

Situation de la trompe dans le sac. — La trompe s'engage dans le sac herniaire sur une plus ou moins grande partie de son étendue, et l'on trouve, notés dans les observations, tous les degrés d'engagement depuis celui où le pavillon tubaire seul

vient faire saillie à l'orifice herniaire jusqu'à celui où, la trompe tout entière étant herniée hors de l'abdomen, la corne utérine vient s'appliquer immédiatement contre la face profonde de la paroi abdominale.

La direction de la trompe dans le sac est des plus variables ; tantôt la trompe, bien que légèrement flexueuse, a une direction générale rectiligne, tantôt elle décrit une courbe plus ou moins accusée.

Dans le premier cas, la trompe est allongée dans le sac, cheminant sur sa paroi postérieure, prenant le plus souvent une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans qui continue la direction du canal inguinal ; le pavillon occupe le point le plus bas de la portion herniée, le bord supérieur de la trompe regarde en avant. Une figure du mémoire de Lejars reproduit cette direction. Lorsque la trompe est herniée sur une grande partie de son étendue, on comprend que le ligament tubo-ovarien soit augmenté de longueur, puisque cet allongement est la condition nécessaire pour que l'ovaire ne soit pas attiré dans la hernie. Cet allongement est d'ailleurs noté dans l'observation XXXIII.

Lorsque le ligament tubo-ovarien ne s'allonge pas et que l'ovaire et l'utérus restent dans l'intérieur de la cavité abdominale, on comprend que la trompe, si elle s'engage dans le sac herniaire sur une grande partie de sa longueur, doive s'enrouler sur elle-même de façon à former une anse dont la courbure sera plus ou moins accentuée suivant qu'une partie plus ou

moins grande de la trompe sera venue faire hernie. Le point le plus accentué de cette disposition correspond à celui où la trompe enroulée décrit presque un O complet, le pavillon regardant en arrière et venant s'appliquer sur l'orifice herniaire au contact du segment de trompe qui sort immédiatement de l'orifice abdominal ; le bord supérieur de la trompe décrit une courbe dont la convexité regarde en avant. Tantôt la trompe s'enroule de dehors en dedans, le pavillon venant se placer sur le côté interne du conduit tubaire, tantôt elle s'enroule de dedans en dehors, le pavillon siégeant alors à son côté externe.

Entre ces deux directions, trompe rectiligne et trompe décrivant une anse complète, existent tous les intermédiaires suivant que la trompe est plus ou moins engagée, ou que le ligament tubo-ovarien s'est laissé plus ou moins allonger.

Maydl signale une disposition beaucoup plus rare que nous ne trouvons dans aucune autre observation : la trompe sortie de l'abdomen par l'anneau crural décrivait une anse dans le sac et le pavillon rentrait de nouveau dans la cavité abdominale de telle sorte que la partie herniée représentait la partie moyenne de la trompe dont les deux extrémités étaient situées dans l'intérieur du ventre (Obs. XXIII).

Intéressante également par sa rareté est la disposition signalée par Göpel (Obs. XXIX). Ici, comme dans le cas précédent, le pavillon de la trompe était situé dans la cavité abdominale de même que son

extrémité utérine, et la hernie était formée uniquement par un diverticule de la paroi de la trompe, qui se présentait dans le sac « sous forme d'une tumeur grosse à peine comme une noisette, d'un rouge sombre, d'une consistance molle et élastique, présentant à sa surface l'aspect d'une séreuse qui serait parcourue par de fins tractus fibreux ».

Rapports de la trompe avec le sac. — Dans la grande majorité des cas, la trompe herniée est contenue dans un sac complet et elle est libre dans ce sac, abstraction faite des adhérences pathologiques que nous étudierons plus loin. Dans trois de nos observations cependant, nous trouvons indiquée une autre disposition.

Wuart a trouvé la trompe reliée au sac par un court méso qui s'insérait sur la paroi postérieure de ce sac (Obs. XXXIV). Nous-même avons trouvé une disposition analogue (Obs. II) ; la trompe, dont le pavillon adhérait intimement au fond du sac était, au-dessus du pavillon, unie à la face postérieure de ce sac par un court méso dont les deux feuillets se comportaient de la manière suivante : au niveau du bord inférieur de la trompe, ils se séparaient pour former le revêtement séreux du conduit tubaire ; sur le côté opposé, au niveau de la paroi postérieure du sac, ils se séparaient également pour s'étaler sur les parois du canal inguinal et former le sac herniaire lui-même (fig. 2). L'observation XIV rapporte un cas semblable. Frank trouva la trompe sous forme « d'un cordon épais, rond, qui soulevait la paroi postérieure du sac par son

bord antérieur convexe et qui, selon toute apparence, était extrapéritonéal ». En suivant ce cordon de bas en haut, il constata qu'il était relié à la paroi postérieure du sac par un méso dont les deux feuillets, en se séparant, formaient cette paroi postérieure.

En résumé, dans la grande majorité des cas, la trompe est libre dans le sac ; dans quelques cas rares, elle est unie à sa face postérieure par un court méso.

Etat anatomique de la trompe. — La trompe contenue dans un sac herniaire est le plus souvent une trompe malade. Sur nos 43 observations, nous ne trouvons que neuf cas dans lesquels les auteurs indiquent que la trompe était saine.

Uné de nos observations signale une augmentation de longueur de la trompe : la partie herniée était longue de 10 centimètres, et le segment de trompe compris entre l'anneau inguinal et la corne utérine présentait encore une longueur de plusieurs centimètres (Obs. XI). Il nous semble qu'on ne doive pas attacher une grande importance à cet allongement, étant donné l'extrême variabilité de la longueur de la trompe à l'état sain, longueur qui peut varier de 6 à 20 centimètres (Rieffel).

Les lésions de la trompe herniée sont très variables : tantôt elle est simplement épaissie, oblitérée, de couleur rouge foncé et l'examen histologique montre qu'il s'agit d'une salpingite parenchymateuse (Obs. I) ; tantôt elle est œdémateuse, augmentée de volume ; il s'écoule du pus par le pavillon (Obs. XVI, XL) ; il s'agit d'une salpingite purulente.

Le volume de la trompe n'est pas moins variable ; sa grosseur est fréquemment comparée à celle du doigt ; d'autres fois elle atteint le volume d'un gros boudin, comme dans l'observation XVII où l'on trouva à la coupe de l'organe, trois abcès séparés l'un de l'autre.

Fréquemment la trompe est dilatée en forme de kyste dont le contenu est formé soit par du liquide séreux (Obs. VII) soit par du pus (Obs. XXIX). Ces kystes peuvent même atteindre des dimensions considérables ainsi qu'en fait foi l'observation de Kousmine dans laquelle la trompe, venant faire hernie dans le canal crural, était dilatée en forme de kyste qui contenait deux litres de liquide purulent. On trouve fréquemment dans le sac herniaire, en même temps que la trompe, des kystes, en général peu volumineux, développés sur la trompe, mais en dehors de sa cavité, ou aux dépens de l'organe de Rosenmüller (Obs. X).

Enfin la trompe herniée peut être le siège d'une grossesse ainsi qu'en témoigne l'observation de Jordan (Obs. XXX) qui trouva, à l'ouverture du sac herniaire, des caillots sanguins noirâtres, adhérents aux parois du sac et, dans le fond de ce dernier, un fœtus long de 7 cent. 1/2 qui paraissait âgé de onze à douze semaines. A l'examen des pièces, on trouva que l'œuf, gros comme une pomme, s'était développé dans la portion moyenne de la trompe. On trouve, cités dans la thèse de Schultz, deux autres cas de grossesse tubaire siégeant dans une hernie, ces cas

ne nous paraissent pas suffisamment démonstratifs pour les raisons que nous avons déjà données.

Outre les altérations dont nous venons de parler, on trouve fréquemment au niveau de la trompe, des lésions qui reconnaissent uniquement pour cause l'étranglement de la hernie. Ces lésions sont absolument superposables à celles qu'on trouve sur une anse intestinale qui est le siège d'un étranglement. Au début, la trompe présente seulement des altérations congestives ; elle est gonflée et œdémateuse, tantôt de couleur rouge foncé ou violette, tantôt parsemée de points hémorrhagiques. Brünner trouva la trompe sous forme d'un organe « rouge foncé, ressemblant à une crête de coq, mou au toucher, et qui semblait formé d'un tissu caverneux, gorgé de sang » (Obs. XIII). Puis, si l'on n'intervient pas, la séreuse se dépolit, se recouvre de fausses membranes, devient noirâtre par places, et le sphacèle augmente peu à peu d'étendue jusqu'à envahir l'organe tout entier qui dégage alors une odeur fétide. Lorsque le sphacèle a atteint ce degré, la portion gangrenée de la trompe peut s'éliminer spontanément au-dessous de la portion serrée, comme dans l'observation de Voigt (Obs. III) où l'on vit sortir un « corps tout noir, d'un demi-pouce de long et du volume d'une plume à écrire, qui dégageait une odeur insupportable ».

Ces altérations de l'organe hernié ne vont pas sans amener, de la part du péritoine, une réaction qui aboutit à la formation de liquide dont l'aspect

est-variable suivant l'état de ces organes. C'est ainsi qu'aux premières périodes de l'étranglement, il se produit dans le sac, d'une façon presque constante, un liquide rouge, sanguinolent, plus ou moins abondant. Aux dernières périodes de l'étranglement, correspondant aux lésions de sphacèle, le liquide devient sanieux, noirâtre, dégageant une odeur fétide. De même aux lésions suppuratives de la trompe correspond la formation, dans le sac, de liquide purulent ou muco-purulent. La trompe flottait dans le pus dans l'observation de Villard (Obs. XL) ; de même dans celle de Dolbeau (Obs. VII).

Plus rarement, la trompe est reliée à la face interne du sac par des adhérences ; celles-ci sont généralement peu étendues et peu serrées ; dans notre observation I, il s'agissait d'adhérences glutineuses, se laissant décoller très facilement à l'aide du doigt.

Lorsque la trompe est accompagnée, dans le sac herniaire, par de l'épiploon ou de l'intestin, on comprend que ces organes soient altérés au même titre que la trompe elle-même, lorsque la hernie est le siège d'étranglement. C'est ainsi que dans l'observation XX on trouva, à l'ouverture du sac, l'épiploon, l'intestin grêle et le cœcum accolés l'un à l'autre, formant une masse sur laquelle était appliquée l'extrémité de la trompe de Fallope qui était sphacélée sur l'étendue d'un demi pouce.

L'examen histologique de la trompe herniée n'a presque jamais été fait ; il ne présente pas un grand

intérêt au point de vue particulier qui nous occupe.

Telles sont les altérations que l'on peut rencontrer au niveau de la trompe dans les cas de hernie de cet organe ; on voit combien elles sont variables : altérations congestives ou inflammatoires, épais-sissements, adhérences, sphacèle, dégénérescence kystique. On peut dire, en résumé, que la trompe herniée est le plus souvent une trompe malade ; mais peut-être n'est-ce là, en partie, qu'une apparence due à ce fait que les femmes viennent consulter le chirurgien et sont opérées, surtout lorsque la hernie qu'elles portent est le siège de complications inflammatoires ou de phénomènes d'étranglement.

Les organes voisins de la trompe peuvent être le siège d'altérations diverses. L'ovaire est fréquemment malade, ce qui se comprend étant donné les rapports étroits qui l'unissent à la trompe ; nous n'insisterons pas sur ces altérations. On a signalé, coïncidant avec une hernie de la trompe, la présence de corps fibreux dans l'utérus ; on a signalé également le raccourcissement du ligament rond du côté qui était le siège de la hernie. Ces faits, que nous ne faisons que citer, peuvent présenter un certain intérêt au point de vue de la pathogénie des hernies tubaires ; nous y reviendrons plus loin.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Il est difficile d'apprécier exactement la fréquence des hernies de la trompe utérine comparée à celle des autres variétés de hernie ; on peut dire seulement que la hernie de la trompe utérine seule est excessivement rare, puisque nous n'avons pu en trouver que 43 observations publiées dans la littérature médicale.

L'ovaire accompagne le plus souvent la trompe dans ses déplacements ; aussi les hernies tubaires sont-elles infiniment plus rares que les hernies tubo-ovariennes. Puech, dans son mémoire sur les hernies de l'ovaire, paru en 1878, a pu réunir 104 observations de ce genre de hernies, tandis qu'à cette date il n'existait que 4 observations de hernie de la trompe seule publiées dans la littérature médicale.

A quel âge apparaissent les hernies de la trompe ? Nous trouvons 9 cas dans lesquels la hernie est apparue au-dessous de l'âge de deux ans, 1 cas dans lequel elle est apparue entre cinq et dix ans et, dans toutes les autres observations au nombre de 33, la hernie de la trompe est survenue chez des femmes qui avaient

dépassé l'âge de vingt ans. Ce fait nous permet immédiatement de diviser les hernies de la trompe en deux classes : les hernies congénitales et les hernies acquises, celles-ci beaucoup plus fréquentes que les premières.

Les hernies congénitales. — Nous faisons entrer dans cette variété, non seulement les neuf cas dans lesquels la hernie est survenue au-dessous de l'âge de deux ans, mais encore celui de Mariani (Obs. XLI dans lequel la hernie est apparue chez une fillette de huit ans. La hernie de la trompe est donc d'origine congénitale dans 25% des cas :

La hernie congénitale de la trompe est toujours une hernie inguinale. Ce fait s'explique suffisamment si l'on songe que les hernies congénitales se produisent grâce à l'existence d'un trajet qu'elles trouvent préparé d'avance, par suite d'une disposition congénitale. Or ce n'est qu'à la région inguinale qu'on observe une telle disposition, par suite de la non oblitération du canal de Nüch.

On sait que chez le fœtus du sexe féminin, le péritoine se prolonge jusqu'à la grande lèvre formant, dans le trajet inguinal, une sorte de diverticule en doigt de gant qui accompagne le ligament inguinal de l'ovaire, ligament qui, chez l'adulte, formera le ligament rond antérieur de l'utérus. Ce diverticule péritonéal, décrit par Nüch en 1692, s'oblitére en général au cours de la vie intra-utérine et ne persiste pas chez l'adulte. Exceptionnellement, il peut rester perméable. Cloquet et Cruveilhier ont constaté sa persis-

tance, même chez des femmes âgées. Féré l'a trouvé 9 fois, soit d'un seul côté, soit des deux, sur 49 filles de moins d'un an. Zuckerkandl sur des nouveau-nés l'a vu 4 fois sur 19; enfin Hugo Sachs a trouvé cette communication encore perméable dans 38 cas sur 150 autopsies qu'il a pratiquées sur des nouveau-nés du sexe féminin.

L'existence au moins temporaire du canal de Nüek ne nous semble donc pas contestable, et Puech affirme l'avoir constamment trouvé sur des fœtus âgés de 4 à 7 mois. Signalons toutefois l'opinion de certains auteurs (Duplay, Beurnier) qui n'admettent pas son existence et qui expliquent la fréquence des hernies chez les petites filles par la facilité avec laquelle on détermine la formation d'un cul-de-sac péritonéal en exerçant des tractions sur le ligament rond.

Il est facile de comprendre que la persistance du canal de Nüek soit une cause prédisposante de premier ordre à la formation d'une hernie. Mais pourquoi la trompe s'engage-t-elle dans ce diverticule péritonéal? Il faut, pour l'expliquer, prendre en considération la situation des organes génitaux chez le fœtus.

On sait que les trompes se développent au niveau de la région lombaire, aux dépens de la partie supérieure des canaux de Müller. Au cours de la vie intra-utérine elles descendent en même temps que les ovaires pour aboutir à leur situation définitive dans l'excavation pelvienne; mais au moment de la naissance, leur migration n'est pas totalement achevée et

l'extrémité externe de la trompe est encore située dans la fosse iliaque. Pour certains anatomistes même (Charpy, Rieffel), les ovaires, et ceci peut s'appliquer également aux trompes, sont, au moment de la naissance, presque toujours situés dans le grand bassin, au contact du détroit supérieur, et ne prennent leur situation définitive que dans le cours de la première ou de la seconde année, quelquefois même plus tard.

Cette situation élevée des organes génitaux internes chez l'enfant nous explique comment, sous l'influence du moindre effort, de la moindre poussée abdominale, la trompe viendra s'engager dans la voie toute préparée par la persistance du canal de Nück. Wiart signale cette situation élevée de l'ovaire. Dans l'une de ses observations, l'ovaire était situé dans la fosse iliaque interne (Obs. XXXIV); dans l'autre, il était à cheval sur le détroit supérieur (Obs. XXXIII^e).

En résumé, persistance du canal de Nück d'une part, situation élevée des organes génitaux internes chez l'enfant d'autre part, telles sont les deux raisons suffisantes pour expliquer la production d'une hernie inguinale congénitale de la trompe.

On a voulu, dans la production de la hernie inguinale congénitale de l'ovaire ou de la trompe, faire jouer un rôle au ligament rond. Puech, expliquant la pathogénie de la hernie de l'ovaire, dont le mode de production se rapproche beaucoup de celui de la hernie de la trompe, admet que les fibres musculaires lisses qui forment le ligament rond agissent à la façon du gubernaculum testis et entraînent à leur

suite l'ovaire, la trompe et parfois même l'utérus.

Il ne nous semble pas qu'on puisse faire jouer au ligament rond, dans la production de la hernie de la trompe ou de l'ovaire, le rôle que joue le gubernaculum testis à l'égard du testicule.

Le ligament rond se forme, en effet, aux dépens du corps de Wolff qui va, chez l'embryon, du pôle inférieur de l'ovaire à la région inguinale. Dans ce trajet le ligament inguinal croise le canal de Müller et contracte adhérence avec lui. La partie du ligament inguinal située au-dessus de ce point d'entre-croisement formera le ligament utéro-ovarien; la partie située au-dessous donnera naissance au ligament rond antérieur de l'utérus. Mais, par suite de l'accolement sur la ligne médiane des deux canaux de Müller et de la formation de l'utérus qui en résulte, le ligament rond n'est plus dans le prolongement du ligament utéro-ovarien, et une traction exercée sur le ligament rond se transmettrait non à l'ovaire ou à la trompe, mais principalement à l'utérus, puisque ce ligament s'insère sur la corne utérine. La hernie inguinale de la trompe ou de l'ovaire, si elle se produisait sous cette action, serait donc consécutive à une hernie de l'utérus.

Nous ne connaissons pas un seul cas de hernie crurale de la trompe d'origine congénitale. La femme la plus jeune chez laquelle on ait observé une hernie crurale de cet organe avait 36 ans. Cependant Kousmine, examinant chez des nouveau-nés, les dépressions qui existent sur la face profonde de la

paroi abdominale, a vu, au niveau de l'orifice abdominal du canal crural, une fossète bien marquée, disposée tout près de la partie moyenne de l'oviducte. En cherchant à préciser par des mensurations, l'éloignement du milieu et de l'extrémité externe de la trompe de l'orifice du canal inguinal et de celui du canal crural, il a obtenu les résultats suivants :

La partie moyenne de la trompe est distante de l'orifice inguinal de 1 cm. 4 et de l'orifice crural de 1 cm. 3. L'extrémité externe est éloignée de 3 cm. du canal inguinal et de 2 cm. 5 du canal crural. La partie moyenne de l'oviducte est donc très rapprochée de l'orifice abdominal du canal crural, et si elle ne s'y engage pas, c'est parce qu'il n'existe pas ici comme à la région inguinale, un canal préformé.

Les hernies acquises. — Les hernies chez la femme adulte sont presque toujours des hernies acquises. Cependant deux observations signalent que la hernie, bien que survenue chez une femme adulte, avait été précédée dans l'enfance par l'existence d'une hernie au même niveau, qui avait guéri sous l'influence d'un bandage. Il est vraisemblable que dans ces deux cas, où il s'agit d'une hernie inguinale, celle-ci avait bien une origine congénitale.

Abstraction faite de ces deux cas, il nous reste chez l'adulte 13 hernies inguinales, 14 hernies crurales, 4 hernie obturatrice. La hernie de la trompe se présente donc chez l'adulte à peu près avec la même fréquence au niveau du canal inguinal et du canal crural ; ce n'est donc pas dans une disposition anato-

mique spéciale de ces orifices qu'il faut chercher la raison de la production de la hernie de la trompe. Celle-ci exige pour se produire deux ordres de causes, les unes prédisposantes, les autres occasionnelles.

Les causes prédisposantes dépendent soit de la paroi abdominale, soit de la trompe elle-même. Nous n'insisterons pas sur les premières parce qu'elles sont communes à toutes les hernies. Il est évident que toutes les causes qui relâchent la paroi abdominale, telles que l'âge, les grossesses répétées, favorisent la production d'une hernie à travers cette paroi; il en est de même de l'amaigrissement qui joue un rôle en raréfiant le tissu cellulaire du bassin et en exagérant la mobilité du péritoine pelvien (Lejars).

Plus intéressantes sont les causes qui dépendent de la trompe elle-même. La cause qui nous paraît avoir le plus d'importance pour expliquer la procidence de la trompe dans un sac herniaire est l'extrême mobilité de cet organe, mobilité qui s'explique par sa situation et ses rapports.

La trompe est située dans l'aileton supérieur du ligament large. Son extrémité interne se continue avec l'utérus et obéit aux mouvements de celui-ci; son extrémité externe est reliée à l'ovaire par un petit cordon long de 5 centimètres, le ligament tubo-ovarien sur lequel est appliquée la frange ovarique. On peut considérer à la trompe trois moyens de fixité :
1° Les deux feuilletts du ligament large qui l'entou-

rent. 2° Sa continuité avec l'utérus. 3° Le ligament tubo-ovarien.

Quelle est la valeur de ces moyens de fixité ? Tout d'abord, par sa continuité avec l'utérus, la trompe suit tous les mouvements de cet organe ; pendant la grossesse elle remonte, ainsi que l'ovaire, dans l'intérieur de la cavité abdominale avec le fond de l'utérus pour redescendre après dans la fosse iliaque, puis dans l'excavation pelvienne. Par sa situation entre les deux feuillets du ligament large, elle est également solidaire de l'utérus puisque ce ligament prend une direction variable avec celle de l'utérus lui-même ; c'est ainsi que la trompe se porte en arrière lorsque la vessie se distend, s'abaisse lorsque les anses intestinales remplies de matières appuient sur elle, se porte enfin en avant lorsque ces mêmes anses descendent dans la cavité de Douglas. Enfin, par le ligament tubo-ovarien, le pavillon de la trompe est solidaire de l'ovaire dont il partage les déplacements : « La trompe suit la fortune de l'ovaire » (Aran). Nous ne parlons pas comme moyen de fixité du ligament infundibulo-pelvien qui contribue bien plus à fixer l'ovaire que la trompe.

Ces moyens de contention laissent donc à la trompe une grande mobilité ; mais la trompe jouit en outre d'une mobilité propre qui est très étendue et qui résulte de la façon dont se comporte le péritoine à son niveau.

Les deux feuillets péritonéaux qui constituent le ligament large, arrivés au niveau du bord inférieur de

la trompe, se séparent pour constituer à la trompe une enveloppe complète; il en résulte la formation au-dessous du conduit tubaire d'une sorte de mésentère, le méso-salpinx, qui a la forme d'une lame triangulaire dont le sommet correspond à la corne utérine et la base à la partie supérieure du bord pariétal du ligament large. De ses deux bords, l'un est formé par le bord inférieur de la trompe, l'autre par l'aileron postérieur du ligament large. Ce repli séreux, long et mince, laisse à la trompe, surtout à sa portion externe, une grande mobilité.

On comprend que toutes les causes qui contribuent à relâcher ces moyens de fixité de la trompe soient une cause prédisposante à la hernie de cet organe. C'est ainsi qu'agissent les *grossesses et les accouchements répétés* en amenant un relâchement ligamenteux de l'appareil utéro-tubo-ovarien. Cette cause a une grande importance ainsi qu'en témoigne la fréquence des observations dans lesquelles la hernie est survenue après un accouchement (Obs. XI, XIV, XVII, XXI, XXXVI, XXXVII, XL).

Lejars a signalé comme cause prédisposante : *les déplacements mécaniques de la trompe* à la suite de l'utérus. Dans certains cas en effet, la hernie de la trompe coïncide avec la présence d'un corps fibreux de l'utérus (Obs. IV, XVI); on conçoit qu'en pareil cas, le fond de la matrice surélevé et basculant en avant, entraîne avec lui la trompe; le pavillon vient se mettre de niveau avec l'orifice inguinal, et, sous la moindre poussée, il s'y laisse entraîner (Lejars).

De même dans l'observation XV l'existence d'un prolapsus utérin a provoqué l'abaissement de la trompe et a favorisé son engagement dans le canal obturateur.

Enfin, English signale aussi comme cause prédisposante la longueur anormale de l'ala vespertilionis ou de tout le ligament large.

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, que la trompe herniée est le plus souvent une trompe malade. On peut se demander, étant donné la fréquence de ces altérations, si elles ne jouent pas un rôle dans la pathogénie de la hernie.

Remedi leur attache une grande importance parce qu'elles contribuent, dit-il, à relâcher les moyens de soutien de la trompe ; mais il n'explique nullement par quel mécanisme ces lésions de la trompe amènent un relâchement de ses moyens de fixité, et, pour notre part, nous ne voyons pas là une cause prédisposante à la hernie. Les altérations de la trompe ont presque toujours pour conséquence une augmentation de volume de cet organe, ce qui est une condition défavorable à son engagement dans un sac herniaire. En outre, elles aboutissent fréquemment à la formation d'adhérences qui unissent la trompe à l'ovaire, à l'utérus ou aux parois pelviennes, ce qui n'est pas une condition favorable à la hernie de la trompe. D'ailleurs, abstraction faite des lésions de la trompe dues à son étranglement, il est difficile de savoir si ces altérations sont antérieures à la formation de la hernie ou si elles se sont produites lorsque la trompe était déjà contenue dans le sac herniaire.

Nous croyons, avec Göpel, que ces altérations ne peuvent jouer un rôle que dans un seul cas ; c'est lorsque, par suite de l'inflammation de la trompe, celle-ci contracte des adhérences avec le péritoine qui recouvre la face profonde de la paroi abdominale, dans le voisinage d'un anneau herniaire. On comprend que, dans ces conditions, si l'anneau herniaire est large, la trompe peut facilement s'y engager avec le péritoine sous l'influence d'une cause occasionnelle. C'est par ce mécanisme qu'a dû se produire la hernie dans l'observation II où le pavillon était intimement adhérent avec le fond du sac.

Telles sont les causes prédisposantes à la production d'une hernie de la trompe : affaiblissement de la paroi abdominale d'une part, relâchement des moyens de fixité de la trompe d'autre part. Mais, pour que la hernie se produise, il faut encore une cause occasionnelle sur laquelle nous n'insistons pas, parce qu'elle est commune à la production de toutes les hernies : c'est l'augmentation de la pression intra-abdominale sous l'influence d'un traumatisme, d'un effort, etc. Dans certains cas même cette cause devient prépondérante, et il s'agit alors d'une véritable *hernie de force*, d'une expulsion brusque sous un effort violent ou répété (Lejars). Tel est le cas de la malade observée par Kousmine qui, souffrant de douleurs pelviennes, s'adressa à une simple paysanne qui lui promit la guérison par le massage : « Pour atteindre ce but, la femme pressait et pétrissait d'abord fortement le bas de l'abdomen, puis elle retournait la malade, sautait

sur son dos en s'y agenouillant et s'efforçait de comprimer le ventre en dirigeant les mouvements de haut en bas et des côtés vers le milieu. Deux jours après ce traitement, on s'aperçut d'une tumeur peu saillante, siégeant au-dessus d'une ligne tirée de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure » (Obs. XXVI). Tel est encore le cas de la malade de Brünner qui, « à un moment où elle avait dû se fatiguer beaucoup aux travaux des champs, fut prise brusquement de vives douleurs dans la région inguinale droite, et remarqua pour la première fois la présence, dans la même région, d'une tumeur grosse comme une noix qu'elle-même regarda comme une hernie » (Obs. XIII).

Enfin, dans certains cas, la trompe vient faire proéminence dans le sac d'une hernie parce qu'elle est entraînée par le péritoine qui la recouvre, la partie correspondante du ligament large se trouvant attirée peu à peu dans le trajet herniaire. La hernie qui se produit par ce mécanisme est donc une véritable *hernie par glissement* analogue aux hernies du cœcum de l'S iliaque ou de la vessie. Dans ce cas, la trompe n'est plus libre dans le sac herniaire, et est reliée à sa face postérieure par le méso-salpinx dont les deux feuillets se séparent sur cette face, pour former le sac herniaire lui-même. C'est par ce mécanisme que s'est produite la hernie de la trompe dans les observations II, XIV, XXXIV.

Mode d'engagement de la trompe dans la hernie. — Il ressort de l'étude anatomique que nous

avons faite plus haut, que c'est la portion la plus mobile de la trompe qui doit s'engager la première dans le sac herniaire, et c'est en fait ce qui se produit, ainsi que le prouvent les observations.

Le pavillon de la trompe s'engage dans l'orifice herniaire; puis, sous l'influence de la poussée abdominale, le pavillon s'abaisse dans le sac et l'engagement de la trompe s'accroît. A un moment donné, l'ovaire, entraîné par le ligament tubo-ovarien, vient buter contre la face profonde de la paroi abdominale, puis s'engage à son tour dans l'orifice herniaire; nous sommes alors en présence d'une hernie tubo-ovarienne. Mais, d'autres fois, l'ovaire ne s'engage pas, soit parce que son volume s'y oppose, soit parce que l'anneau herniaire est trop étroit. Alors, toujours sous l'influence de la pression intra-abdominale, la descente de la trompe se complète par l'engagement progressif de sa partie interne; le point le plus accentué de cet engagement correspond à celui où la corne utérine vient, à côté de l'ovaire, buter contre le collet du sac; la trompe se replie en anse dans le sac herniaire, à moins que le ligament tubo-ovarien ne s'allonge, permettant ainsi à la trompe de conserver une direction générale rectiligne, le pavillon occupant toujours le point le plus bas de la portion herniée.

Plus rarement, ce n'est pas le pavillon de la trompe qui s'engage le premier dans la hernie, mais bien sa portion moyenne. Le plus souvent alors le pavillon ne tarde pas à s'engager à son tour, mais d'autres

fois il reste dans l'abdomen, ainsi qu'on le voit dans l'observation XXIII où les deux extrémités de la trompe restant dans l'intérieur de la cavité abdominale, la portion moyenne repliée en anse s'était engagée dans le sac d'une hernie crurale.

Dans la plupart des observations de hernie de la trompe seule on trouve, à l'opération, que l'ovaire attiré par la trompe est venu se coller contre la face profonde de la paroi abdominale, prêt à s'engager dans la hernie. Aussi pouvons-nous dire, bien que les hernies tubo-ovariennes n'entrent pas dans le cadre de notre sujet, que la hernie de la trompe seule n'est que le premier degré d'une hernie tubo-ovarienne. L'observation de Launay et Wiart que nous reproduisons ci-dessous nous semble très démonstrative à ce point de vue, parce qu'on y trouve figurés d'une façon presque schématique les stades successifs d'une hernie complète des annexes de l'utérus, depuis la phase de début (engagement du pavillon seul) jusqu'à l'achèvement complet du processus (trompe et ovaire hors de l'abdomen) :

Hernie inguinale congénitale de l'ovaire et de la trompe. —

P. Launay et M. Wiart, bulletins de la *Société anatomique* janv. 1897, p. 78.

Sur un sujet féminin âgé de 2 mois, pris à l'amphithéâtre d'anatomie, M. Launay a trouvé à l'ouverture de l'abdomen les annexes utérines droites en place anormale.

À l'examen par l'abdomen, l'utérus apparaît dévié, la corne droite portée en avant et à droite vers l'orifice abdominal du canal inguinal ; les annexes sont engagées dans cet orifice. On

voit d'abord, réunie à la corne utérine par un cordon représentant le ligament large replié, une masse rougeâtre, molle, un peu aplatie, sortant à moitié de l'orifice inguinal, c'est l'ovaire. A côté de lui, en dedans et en arrière, se trouve le ligament rond enveloppé de son péritoine.

A gauche, tout est normal et normalement placé, le ligament rond s'enfonce dans l'orifice inguinal sans entraîner le péritoine, il n'y a pas de canal de Nüek.

L'examen par l'extérieur montre dans la région inguinale droite une petite tumeur molle se dirigeant vers la grande lèvre et passée d'abord inaperçue. Sous la peau incisée, se trouve un sac péritonéal sortant par l'orifice extérieur du canal inguinal et accompagné en arrière et en dedans par le ligament rond qui éparpille rapidement ses fibres. Dans le sac, se présente l'autre extrémité de l'ovaire, et en dedans, la trompe se recourbant, flexueuse en avant de l'ovaire. Ce dernier est un peu plus gros qu'à gauche, rougeâtre, sans kyste, la trompe normale ne portant aucun kyste.

Ces faits viennent à l'appui de l'hypothèse depuis longtemps émise par Cruveilhier : « La hernie de l'ovaire est toujours précédée de la hernie de la trompe ». On ne peut cependant admettre sans restriction cette opinion, car si, dans un grand nombre de cas, la hernie de l'ovaire est manifestement précédée par la hernie de la trompe, on trouve dans la littérature médicale quelques observations de hernie de l'ovaire seul, sans la trompe.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les hernies de la trompe seule n'ont pas de signes spéciaux qui permettent de les reconnaître. Nous ne connaissons, en effet, qu'un seul cas où ait été fait, avant l'intervention, le diagnostic de hernie de la trompe en état de salpingite suppurée (Obs. XL). Le plus souvent la hernie de la trompe seule est une surprise opératoire ou une trouvaille d'autopsie.

Nous ne nous occupons, dans ce chapitre, que des hernies de la trompe seule dépourvues de complications. Celles-ci, lorsqu'elles existent, peuvent en effet modifier le tableau clinique, et donner lieu à des interprétations diverses ainsi que nous le verrons plus loin.

La hernie de la trompe se présente avec les caractères de la hernie de la région à laquelle elle appartient; elle est tantôt réductible, tantôt irréductible. La palpation fait reconnaître une tumeur d'aspect variable, dont la grosseur est souvent comparée à celle d'un œuf de poule. On note quelquefois la présence d'un pédicule qui relie la tumeur à la face profonde de la paroi abdominale. Cette tumeur est

souvent douloureuse, tantôt spontanément, tantôt à la pression et peut s'accompagner de douleurs vagues dans l'abdomen.

Aucun de ces caractères n'est pathognomonique de la hernie de la trompe ; aussi fait-on le diagnostic de hernie crurale ou inguinale. Lorsqu'on cherche à préciser le contenu de la hernie on pense le plus souvent à une épiplocèle.

La trompe est, en effet, un organe trop petit pour être nettement perçu à travers les différentes couches qui constituent les enveloppes de la hernie. De plus sa présence dans un sac herniaire est tellement rare qu'on n'y pense pas et qu'on croit plus volontiers à la présence dans le sac d'un cordon épiploïque.

La présence fréquente de liquide dans le sac d'une hernie tubaire a fait quelquefois porter les diagnostics suivants : Hernie avec hydropisie du sac qui contient de l'épiploon (Obs. IV) ; hernie rentrée dont le sac persistant a formé kyste (Obs. VIII) ; hydrocèle d'un sac herniaire crural (Obs. X).

Mais ne peut-on pas se rapprocher davantage du diagnostic ? Guinard et Duféoy ont porté le diagnostic de hernie de la trompe et de l'ovaire dans un cas où la kélotomie permit de reconnaître que la trompe seule était contenue dans le sac herniaire. Ils s'étaient basés sur les douleurs violentes que provoquait l'exploration de la hernie.

Il n'est pas de règle, en effet, que les hernies de la trompe seule soient le siège de ces crises douloureuses qu'on observe au niveau des hernies de l'ovaire.

On ne retrouve pas ici cette sensibilité exquise et spéciale que développe la pression au niveau de l'ovaire hernié. Ainsi que le fait remarquer Lejars, la trompe réduite à elle-même est un organe trop petit pour se prêter à ces gonflements intermittents et douloureux qui, lors de hernie tubo-ovarienne, reparaissent à chaque époque menstruelle.

Le seul cas que nous connaissions où l'on ait posé d'une manière ferme, le diagnostic de hernie de la trompe est dû à Villard (Obs. XL). Il s'agissait d'une hernie inguinale gauche, et c'est le toucher vaginal seul qui a permis de porter le diagnostic en faisant constater que l'utérus basculé à gauche venait appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal. Par la palpation bimanuelle, il était assez facile de percevoir le pédicule tubaire s'engageant dans le canal.

Ce fait, bien qu'il soit unique, encourage à rechercher s'il n'existe pas de signes qui permettent de faire le diagnostic de hernie de la trompe. Les signes tirés de l'aspect de la hernie n'ayant aucune valeur, pas plus, d'ailleurs, que les symptômes accusés par la malade, c'est aux signes objectifs fournis par le toucher vaginal et la palpation bimanuelle qu'il faut avoir recours.

Nous avons vu que, lorsque la trompe s'engage dans un orifice inguinal ou crural, elle entraîne la corne utérine; l'utérus s'élève dans la cavité abdominale et subit un mouvement de torsion autour d'un axe vertical, tel que sa face antérieure se tourne du côté

opposé à la hernie, tandis que son bord correspondant se porte en avant. Le toucher vaginal permet de reconnaître ces modifications : le doigt introduit dans le vagin constate que le col de l'utérus est élevé et dévié en sens opposé à celui de la hernie. Mais, signe plus important, si une main est appliquée sur la hernie pendant que le doigt introduit dans le vagin communique des mouvements au col utérin, on sent que ces mouvements se transmettent à la hernie et réciproquement.

Ce sont là des caractères déjà indiqués par Lassus, par Deneux et par Puech pour les hernies tubo-ovariennes, et qui sont d'un aussi réel secours pour les hernies de la trompe. Malheureusement, les signes fonctionnels de la hernie de la trompe faisant défaut, l'attention n'est pas attirée sur la possibilité d'une telle hernie et le toucher vaginal n'est pas pratiqué, ce qui explique pourquoi le diagnostic est si rarement fait.

Il n'a été question, jusqu'ici que de hernies crurales ou inguinales; nous n'avons pas parlé de la hernie obturatrice puisque, dans le seul cas que nous connaissions, aucun signe n'avait permis de soupçonner, avant l'autopsie, la présence de la trompe dans le sac.

Le diagnostic de hernie de la trompe n'est donc fait que lorsque celle-ci apparaît aux yeux du chirurgien après ouverture du sac herniaire; mais ici encore il peut y avoir place au doute. L'opérateur est, de prime abord, un peu étonné parce qu'il trouve

dans le sac une chose à laquelle il ne s'attendait pas ; il pense quelquefois être en présence de l'appendice iléo-cœcal ou d'une anse d'intestin grêle, et ce n'est que par un examen plus attentif qu'il reconnaît la trompe. Celle-ci se présente souvent, en effet, sous la forme d'un cordon de la grosseur du doigt ou d'une plume à écrire qui rampe sur la paroi postérieure du sac ; mais à l'une de ses extrémités, elle porte un bouquet de franges qu'on a comparé soit à une crête de coq, soit à une fleur d'œillet rouge épanoui. Ces franges sont caractéristiques de la trompe.

Quelquefois cependant, l'extrémité frangée de la trompe est gonflée, œdémateuse ou adhérente au sac ; les franges sont méconnaissables et il est permis d'hésiter. Qu'on exerce alors une traction sur l'organe hernié, et l'on verra apparaître dans le sac un petit corps arrondi qu'on reconnaîtra sans peine pour l'ovaire ; ou encore qu'on suive avec le doigt le cordon qui se présente dans le sac, et on arrivera sur la corne utérine, ce qui lèvera tous les doutes.

L'appendice iléo-cœcal est plus gros que la trompe, il est plus épais et plus consistant ; il est relié à la paroi postérieure du sac par un méso, mais aucun de ces signes différentiels n'a une valeur absolue ; la trompe peut être plus grosse ou d'une consistance plus ferme qu'à l'état normal ; elle peut également, comme nous l'avons vu, être reliée à la paroi postérieure du sac par un méso. Seuls les deux signes suivants : présence à l'une des extrémités de l'organe hernié d'un bouquet de franges, continuité

de cet organe avec la corne utérine, permettent de lever toute hésitation.

Un diagnostic plus délicat est la distinction entre la trompe utérine vraie et une trompe accessoire. Remedi rapporte un cas où le contenu d'une hernie crurale était formé par une de ces trompes accessoires que Rokitansky signalait en 1852 comme une variété rare d'anomalie congénitale, et il en cite un second cas dû à Walter. Or, la trompe accessoire ayant la même structure et pouvant présenter le même aspect que la trompe vraie, on comprend que la distinction entre les deux soit difficile. Le signe différentiel est fourni par les rapports que présente l'organe hernié avec l'ovaire : Si d'une des extrémités de l'organe part un cordon aboutissant à l'ovaire, ainsi qu'on peut s'en assurer en exerçant une traction qui amène l'ovaire dans la plaie, il s'agit bien de la trompe vraie. Ce rapport n'existe pas en effet lorsqu'il s'agit d'une trompe accessoire.

Un autre signe pourrait être fourni par le cathétérisme. On sait en effet que le canal de la trompe accessoire ne communique jamais avec celui de la trompe vraie (Kossmann). Si donc un stylet introduit dans la lumière de l'organe hernié pénètre jusque dans l'utérus, il s'agit bien d'une trompe vraie et non d'une trompe accessoire. Ce signe n'a cependant pas une grande valeur, attendu que la lumière de la trompe herniée est fréquemment oblitérée par suite des altérations qu'elle présente. Ce diagnostic n'a d'ailleurs qu'une importance très

relative, étant donné la rareté des cas de hernie d'une trompe accessoire.

Nous ne connaissons qu'un seul cas où la trompe n'ait pas été reconnue au cours de la kélotomie; c'est celui rapporté par Henggeler où l'on réséqua un *cordon d'épiploon* dont l'extrémité libre était comme enroulée sur elle-même, cordon qu'on reconnût être la trompe de Fallope à l'examen histologique (Obs. XXIV).

D'après ce que nous venons de dire, il ne faudrait pas s'exagérer les difficultés qu'on éprouve à reconnaître la trompe herniée, au cours d'une kélotomie. Sauf dans le cas cité par Henggeler, ce diagnostic a toujours été fait malgré la variabilité d'aspect sous lequel se présente la trompe dans le sac herniaire.

COMPLICATIONS

Outre les douleurs éprouvées par certaines malades, les hernies de la trompe peuvent se compliquer d'accidents d'une certaine gravité qu'on peut rapporter aux deux chefs suivants :

1° L'étranglement.

2° L'infection de la trompe et la suppuration du sac pouvant aboutir à la péritonite généralisée.

Etranglement. — La trompe, lorsqu'elle s'étrangle dans un sac herniaire, donne lieu à des accidents d'une grande intensité comparables à ceux qu'on observe dans l'étranglement herniaire vrai. Chez la malade de Lejars « la peau était chaude, la température à 39°, la langue un peu sèche ; il y avait des nausées presque continuelles, quelques vomissements mais sans caractère ; pas de selles depuis trente-six heures. Le ventre était ballonné, sensible à la pression, surtout à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite..... Dans l'aîne droite, au siège classique de la hernie inguinale, il existait une tumeur ovalaire, grosse comme un œuf, légèrement rouge à sa surface : cette tumeur était tendue, mate, obscu-

rément fluctuante, d'une irréductibilité complète et très douloureuse. L'hypothèse la plus probable était celle d'une hernie intestino-épiploïque, et d'un étranglement à marche rapide, si l'on s'en rapportait aux accidents généraux » (Obs. XVI).

La malade dont l'observation est rapportée par Abadie et Dubourg, « examinée quatre jours après le début des accidents, avait un facies pâle, tiré, les traits légèrement pincés; elle n'avait pas la moindre élévation de température, elle se plaignait au contraire du froid, et avait quelques petits frissons. L'appétit était nul; il n'existait pas de vomissements, quelques nausées cependant. La constipation allait presque jusqu'à l'arrêt complet des matières : un lavement procurait avec peine une selle quotidienne. Les gaz intestinaux étaient rendus en moins grande quantité qu'auparavant. La malade se plaignait surtout de douleurs spontanées, d'une très grande violence localisées dans l'aîne droite et s'irradiant dans la cuisse et le flanc droits. Au niveau de l'orifice inguinal droit on constatait l'existence d'une tumeur de la grosseur environ d'une noix. Cette tumeur était dure, irréductible, très douloureuse à la palpation, surtout au niveau de son point d'implantation. Elle était mate à la percussion et subissait des mouvements d'expansion dans les accès de toux. Diagnostic : hernie épiploïque légèrement étranglée » (Obs. XXXVI).

Nous rapportons ces deux observations parce qu'elles montrent bien, la première surtout, combien l'étranglement de la trompe dans le sac peut donner

lien à un tableau clinique qui se rapproche de celui de l'étranglement d'une anse intestinale.

L'irréductibilité de la hernie, les douleurs, les nausées et des vomissements, les selles irrégulières, parfois supprimées, le ballonnement du ventre, tels sont les signes qui ressemblent singulièrement à ceux de l'étranglement intestinal; on a même vu survenir des phénomènes nerveux analogues à ceux qu'on observe dans l'étranglement herniaire vrai : crampes, sensation de torpeur dans les mains et les pieds (Brünner). Cependant, on ne constate jamais, en cas d'étranglement de la trompe, l'arrêt absolu des matières et des gaz, et les vomissements ne prennent jamais le caractère fécaloïde. Ces derniers signes sont suffisants, la plupart du temps, pour faire écarter le diagnostic d'étranglement intestinal, et faire penser qu'il s'agit plutôt d'une hernie épiploïque étranglée.

D'autres fois, le tableau clinique revêt un aspect moins dramatique. La grosseur de l'aine devient irréductible et un peu douloureuse; le ventre n'est pas ballonné, les selles se font régulièrement, l'état général de la malade n'est en rien altéré. On porte le diagnostic de hernie épiploïque enflammée; on applique sur la hernie de la glace ou des cataplasmes et tout rentre dans l'ordre.

Quelle est l'évolution de ces accidents?

Tantôt, comme nous venons de le voir, il suffit d'ordonner le repos au lit, de faire sur la hernie des applications de glace pour voir les accidents rétro-

céder en quelques jours (Obs. XIV, XXXVI). D'autres fois, si l'on n'intervient pas, l'étranglement de la trompe aboutit au sphacèle de cet organe et à la suppuration du sac. C'est ce qui se produisit dans le cas de Voigt où la tumeur herniaire s'ouvrit spontanément donnant issue à un pus sanieux et très fétide, et à un corps tout noir, d'un demi-pouce de long et du volume d'une plume à écrire, dégageant une odeur insupportable, qui n'était autre que la trompe de Fallope.

Dans ces cas d'étranglement aigu où les accidents revêtent un caractère particulier d'acuité, il semble bien que l'étranglement ne soit pas seul en cause, et il faut y ajouter la notion d'infection. Comme le fait remarquer Lejars, *la trompe infecte elle-même le sac herniaire* où elle est incluse, et par l'orifice béant de son pavillon, les éléments infectieux sont déversés largement dans le sac.

On peut se demander si les accidents sont bien dus à un étranglement réel de la trompe, causé par une constriction véritable de cet organe, ou bien s'il ne s'agit pas plutôt d'une péritonite sacculaire développée sous l'influence d'une inflammation suppurative de la trompe.

A notre avis, l'existence de l'étranglement n'est pas douteuse. Si dans certains cas, ainsi que nous allons le voir, les accidents relèvent nettement de l'inflammation et de la suppuration du conduit tubaire, dans d'autres, au contraire, l'étranglement est bien réel. Chez la malade de Lejars : « l'anneau inguinal était très serré, il étranglait réellement le conduit tubaire,

qu'une traction prudente ne pouvait amener au dehors. Cet anneau fut débridé en haut et en dehors, sur une très petite profondeur, puis dilaté au doigt ; dès lors, la voie était libre, et il nous fut aisé d'attirer dans la plaie un assez long bout de trompe saine ; *le contraste était fort net entre la portion herniée, noirâtre et flasque, et la portion abdominale, rouge, lisse et bien vivante ; un sillon marquait, d'ailleurs, la limite des deux segments* ». — Dans les deux observations de Brünner (Obs. XII, XIII), on n'arrive à attirer la trompe qu'après avoir débridé un anneau herniaire très serré ; il en est de même dans le cas de Vogel (Obs. XI) et dans celui qui nous est personnel (Obs. I) où nous fûmes obligé, pour attirer la trompe, de débrider l'arcade crurale. Après ce débridement, nous pûmes attirer dans la plaie une portion de trompe d'aspect normal, tandis que la partie herniée était gonflée, de couleur rouge foncé, de consistance très ferme ; une limite très nette existait entre les deux parties. Nous avons vu d'ailleurs, en étudiant l'anatomie pathologique, qu'on rencontrait les lésions typiques de l'étranglement, depuis la congestion simple jusqu'au sphacèle complet de la trompe.

L'agent de l'étranglement est constitué le plus souvent par l'orifice herniaire (Obs. I, XI, XII, XIII, XVI), d'autres fois par le collet du sac (Obs. XXXVI).

Maydl a signalé une variété d'étranglement intéressante par sa rareté et qu'il désigne sous le nom d'étranglement rétrograde. Dans le cas qu'il rapporte,

la trompe n'avait glissé dans le sac que par sa partie moyenne infléchie en anse, tandis que son bout libre resté dans le ventre, était seul étranglé (Obs. XXIII).

Complications inflammatoires. — L'existence de complications inflammatoires au niveau de la hernie est aussi réelle que celle de l'étranglement.

Dans les cas aigus, ces complications donnent à la hernie l'apparence d'un véritable abcès chaud. La malade de Dolbeau portait dans la région inguinale une tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. Le foyer fut incisé, il en sortit du pus ; mais quelques jours après survint une péritonite intense, due à l'ouverture du sac dans l'abdomen. A l'autopsie, on trouva une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité ; le tout contenu dans un sac herniaire enflammé (Obs. VII).

Aussi net est le cas de Villard : Chez une femme qui venait d'être atteinte d'accidents infectieux post-puerpéraux très intenses, on constate la présence d'une hernie inguinale gauche du volume d'un petit œuf de poule, spontanément douloureuse, fluctuante et irréductible ; il y avait en même temps élévation de température. Aussitôt après l'ouverture du sac, une grande quantité de liquide purulent s'écoula ; la trompe flottait dans le pus ; elle était œdémateuse, augmentée de volume, recouverte d'exsudats. La pression faisait sourdre à l'extrémité un liquide purulent (Obs. XL).

Dans ces cas, il s'agit bien d'une inflammation

locale, d'une péritonite herniaire ainsi qu'en témoignent les symptômes observés, parmi lesquels dominent la tuméfaction locale, la fluctuation, la rougeur de la peau, la sensibilité de la tumeur, la suppuration. Il ne peut être ici question d'étranglement, dont la trompe ne présentait pas les lésions.

La mort peut être la conséquence de ces accidents ; elle survient alors par péritonite due à la propagation de l'inflammation du sac à la grande séreuse péritonéale.

Dans les cas les plus fréquents, les *salpingites herniaires* donnent lieu à des accidents moins aigus. Il peut n'y avoir ni douleur locale vive, ni réaction péritonéale ; tout se borne à la constatation d'une tumeur de l'aîne, fluctuante et irréductible, tumeur qui peut atteindre des dimensions considérables comme dans le cas de Kousmine, où l'ouverture de la trompe dilatée donna lieu à l'écoulement de deux litres de liquide purulent.

L'irréductibilité fréquente de la trompe herniée, en état de salpingite, fait presque toujours penser à une hernie épiploïque irréductible ou enflammée. Le diagnostic est le plus souvent impossible.

Il serait intéressant de savoir si les altérations inflammatoires de la trompe sont antérieures ou consécutives à la pénétration de l'organe dans le sac herniaire ; nous ne sommes nullement fixé sur ce point. Il est logique d'admettre que, lorsque le conduit tubaire a pénétré dans le sac herniaire, l'infection s'y localise plus facilement par suite de la

difficulté avec laquelle se fait la circulation en retour dans l'organe hernié. La constatation d'adhérences reliant la trompe aux parois du sac prouve nettement que, dans certains cas au moins, les altérations inflammatoires de la trompe se sont produites lorsque celle-ci était déjà herniée.

On pourrait se demander pourquoi l'infection et la suppuration du sac ne sont pas plus fréquentes, étant donné que la trompe herniée est souvent enflammée et que, par l'ouverture de son pavillon, elle déverse des éléments infectieux dans le sac. Cela s'explique, croyons-nous, par ce fait que l'inflammation de la trompe aboutit fréquemment à l'oblitération de la lumière de l'ostium abdominale, et que, dès lors, le conduit tubaire se laisse dilater en kyste et ne contamine plus le sac herniaire.

Quelle est la fréquence relative de ces deux complications : étranglement et inflammation ?

A la lecture des observations, il semblerait que la première soit plus fréquente que la seconde. Mais si l'existence de l'étranglement aigu n'est pas douteuse, nous croyons que beaucoup de cas, étiquetés étranglement de la trompe dans un sac herniaire, et affectant une allure subaiguë, relèvent bien plutôt de l'inflammation que de l'étranglement, ainsi que semble le prouver leur évolution, ces cas n'aboutissant pas au sphacèle de la trompe, malgré le retard apporté à l'intervention chirurgicale. On comprend difficilement qu'un traitement médical soit suffisant à faire recéder les symptômes dus à un étranglement vrai, et

les cas, où ce fait se produit, nous semblent relever bien plutôt de l'inflammation, et mériter seulement le nom de pseudo-étranglement.

PRONOSTIC

La guérison, à la suite d'une intervention chirurgicale, est la terminaison la plus fréquente des hernies de la trompe utérine.

Sur nos 43 observations, il y en a 6 où la hernie de la trompe fut trouvée à l'autopsie sur des sujets dont la mort reconnaissait une autre cause que l'existence de la hernie. Dans 3 cas, l'observation n'indique pas l'issue de la maladie. Ces cas éliminés, il nous reste 34 observations, avec la proportion de 27 guérisons et 7 morts, soit une mortalité de 20%. Mais c'est là une proportion beaucoup trop élevée ainsi que nous allons le voir.

En effet, sur les 7 cas qui se sont terminés par la mort, il y en a cinq où il s'agissait d'une hernie étranglée contenant non-seulement la trompe, mais encore de l'intestin gangrené ou en voie de sphacèle (Obs. XV, XX, XXIV, XXX, XLIII). Les malades ont manifestement succombé, non à l'étranglement de la trompe, mais à celui de l'intestin ainsi que le prouvent les cas dans lesquels la guérison survient mal-

gré un sphacèle avancé de la trompe, lorsque celle-ci constitue seule tout le contenu de la hernie.

Il reste deux cas dans lesquels la mort est survenue par péritonite consécutive à la propagation au péritoine de l'infection du sac herniaire. Dans un de ces deux cas même, la hernie de la trompe n'a été qu'indirectement la cause de la mort, puisque celle-ci est survenue à la suite d'une ponction malheureuse du sac ainsi qu'en témoigne l'observation : « Le soir même de la ponction, la malade éprouve un frisson prolongé et ressent des douleurs dans la tumeur ; au 3^e jour douleurs de ventre, vomissements ; la tumeur offre les caractères d'un phlegmon (large incision qui donne issue à de la sérosité lactescente ; au 4^e jour érysipèle commençant aux environs de la plaie ; au 6^e jour, symptômes évidents de péritonite ; le 7^e jour, mort dans la soirée (Obs. IV). — Il ne faut pas oublier que l'observation date de 1834, et qu'aujourd'hui l'antisepsie permettrait d'éviter un pareil accident.

En résumé, la hernie de la trompe est une affection bénigne, plus bénigne même que la hernie de l'intestin, puisque les complications qui peuvent survenir, en particulier l'étranglement, sont moins graves que l'étranglement intestinal.

TRAITEMENT

En supposant qu'on ait fait cliniquement le diagnostic de hernie de la trompe, il faudrait recourir à un traitement chirurgical, puisque cette hernie est souvent gênante et douloureuse et peut devenir le siège de complications d'une certaine gravité. Mais les hernies de la trompe ont le plus souvent été prises pour des hernies épiploïques, et la découverte de la trompe au fond du sac est presque toujours une surprise opératoire. Nous n'avons donc à nous occuper dans ce chapitre que de la conduite à tenir à l'égard de la trompe lorsqu'on la rencontre au cours d'une kélotomie.

Cette conduite est subordonnée à l'état du viscère hernié. Lorsque la trompe est saine ou lorsqu'elle ne présente que des lésions d'ordre congestif, que le ligament large qui la supporte est lui aussi intact, il faut réduire la trompe dans le ventre. Nous rapportons 15 cas où cette conduite a été suivie et où la guérison est survenue sans aucun incident. Mais, ainsi que nous l'avons vu, la trompe herniée est le plus souvent une trompe malade ; fréquemment

elle est augmentée de volume, distendue par du pus, parfois sphacélée par places; le liquide contenu dans le sac est sanieux et fétide. Réduire la trompe dans ces conditions, ce serait s'exposer à infecter d'une façon certaine le péritoine ; il est donc indispensable de sacrifier l'organe hernié. Ajoutons que si l'on conserve le moindre doute sur l'intégrité de la trompe, il vaut mieux la réséquer que de s'exposer à réduire, dans le ventre, un organe infecté susceptible de contaminer le péritoine.

On aura soin, dit Lejars, d'amener à l'extérieur une bonne partie du conduit tubaire et de jeter une forte ligature au catgut ou à la soie, bien au delà du contour de la portion serrée; la cautérisation, soignée au fer rouge, de l'orifice béant et la destruction de toute la muqueuse constituent une précaution nécessaire. On devra, autant que possible, terminer l'opération par une cure radicale soignée.

Dans certains cas exceptionnels, l'ablation de la trompe est impossible, soit à cause de ses adhérences soit à cause de son volume trop considérable, et il faut se contenter d'une opération palliative, comme le fit Kousmine, qui se contenta d'ouvrir et de drainer une énorme poche purulente, constituée par la trompe herniée et dilatée en kyste (Obs. XXVI).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle)

*Hernie crurale droite irréductible renfermant la trompe utérine.
Ablation de la trompe et de l'ovaire. Cure radicale. Guérison.*

M^{me} P..., 64 ans, courtière, entre à l'hôpital Ténon, salle Delessert, dans le service de notre maître, M. Lejars, le 26 février 1903.

Elle a eu deux enfants jumeaux à l'âge de 19 ans. Pas de fausse couche. Toujours bien réglée jusqu'à l'âge de 32 ans; elle a cessé de voir ses règles depuis cette époque, à la suite d'une pneumonie. D'habitude très constipée, elle ne va à la selle qu'à l'aide de lavements ou de purgatifs. Elle a maigri de 32 livres, dit-elle, depuis la mort de son mari, survenue il y a 4 ans.

Il y a vingt jours environ, elle a remarqué la présence, dans l'aîne droite, d'une petite tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur, qui était indolente, a été découverte par hasard; elle rentrait très facilement dans le ventre sous la moindre pression et ressortait avec la même facilité.

Il y a treize jours, à la suite d'un effort de toux, la tumeur est sortie et n'a pu être rentrée comme d'habitude. Quelques jours après, la malade désirant porter un bandage, va trouver un médecin à qui elle demande de faire rentrer sa hernie. Celui-ci procède à un taxis très violent (il aurait duré deux heures, dit la malade); mais la hernie ne se réduit pas. Le lendemain, la malade entre à l'hôpital.

On constate, dans la région crurale droite, l'existence d'une

tumeur de forme ovalaire, allongée dans le sens de l'arcade crurale sur laquelle elle paraît appliquée. Cette tumeur dépasse le volume d'un œuf de poule; elle a beaucoup grossi depuis le taxis pratiqué la veille. La peau qui la recouvre n'est pas adhérente, elle est légèrement rouge et ecchymotique par places. Les doigts enfoncés profondément au-dessus et au-dessous de la tumeur permettent de sentir qu'elle est fixée dans la profondeur, sans qu'on puisse délimiter nettement un pédicule. La tumeur est de consistance solide; elle est mate à la percussion; elle ne subit pas l'impulsion de la toux. La pression à son niveau est douloureuse, mais seulement depuis les manœuvres de taxis.

Le ventre est souple; il n'y a pas eu de vomissements; la malade est allée abondamment à la selle, avec un purgatif, la veille de son entrée à l'hôpital. Pas de fièvre; pouls normal. — Nous ne faisons aucune tentative de réduction.

Diagnostic : Hernie crurale épiploïque étranglée.

Nous opérons la malade, sur les conseils de M. Lejars, avec l'aide de notre collègue et ami Vitry.

Incision parallèle au grand axe de la tumeur. Tissu cellulo-graisseux sous-cutané abondant, infiltré, ecchymotique par places. A l'aide des doigts, on isole facilement le sac jusqu'au niveau du canal crural dans lequel il s'enfonce. Ce sac a le volume d'une mandarine; il est ouvert à l'aide de la pince à disséquer et des ciseaux, puis largement fendu; il ne s'écoule qu'une quantité minime de sérosité. Les lèvres de l'incision sont repérées avec des pinces et l'on procède à l'examen du contenu.

On aperçoit un corps rouge foncé, arrondi, sur la nature duquel nous hésitons. Cela ressemble à une anse d'intestin engagée, en partie seulement, dans le sac; mais la consistance en est plus dure que celle de l'intestin. Des adhérences glutineuses, lâches, qui se laissent facilement dissocier avec le doigt, unissent ce corps à la surface interne du sac. Tout en libérant ces adhérences, on amène sous les yeux la partie externe de l'organe qui est renflée et présente des végétations

analogues à des crêtes de coq. Nous pensons alors que cet organe pourrait bien être la trompe utérine; pour nous en assurer, nous appliquons la pointe d'un stylet au milieu de ces végétations; le stylet s'engage dans la profondeur. Dès ce moment, toutes nos hésitations sont levées; c'est bien la trompe utérine qui est contenue dans le sac; les végétations que nous avons remarquées à sa partie externe ne sont que les franges du pavillon. L'aspect de la trompe est le suivant :

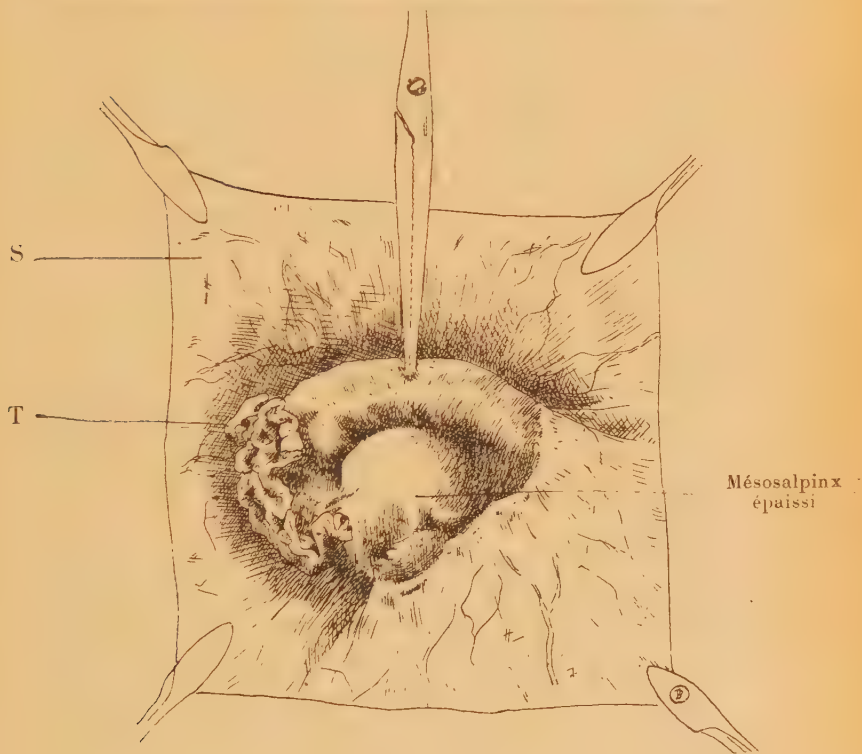


Fig. I

Figure demi-schématique montrant les rapports de la trompe avec le sac. Le sac est étalé et la trompe fortement attirée en haut par une pince.

Cette figure est due à l'obligeance de notre ami Izard, externe des hôpitaux. Nous lui adressons ici nos vifs remerciements.

Elle est augmentée de volume, de couleur rouge foncé, de consistance très ferme; elle se présente dans la hernie par son bord supérieur, repliée sur elle-même comme une anse d'intestin grêle, de sorte que ce bord supérieur est très convexe. Elle est retenue dans la profondeur par son méso, comme l'est, dans les mêmes conditions, une anse d'intestin grêle par son mésentère. Le méso-salpinx est rouge et très épaissi; sa face postérieure se continue directement avec la face postérieure de la trompe sans sillon de démarcation; en avant, au contraire, un sillon délimite le bord inférieur de la trompe et la sépare de son méso. Le pavillon tubaire tout entier est situé dans le sac dont il occupe la partie externe; il est collé contre l'anneau crural, et, pour apercevoir ses franges, il faut exercer une traction sur la trompe. Les franges du pavillon sont rouges, gonflées et ne présentent pas la délicate structure qui leur est habituelle.

Les rapports du collet du sac avec son contenu sont les suivants: En dehors, le collet correspond au bord externe du ligament large en un point situé sur ce bord à un centimètre au-dessous du pavillon de la trompe; en dedans, il correspond au bord supérieur de la trompe; la longueur de la trompe située dans le sac est d'environ cinq centimètres. L'ovaire n'est pas contenu dans la hernie; il n'y a également pas d'épiploon.

Une traction légère sur la trompe ne suffisant pas à en attirer une plus grande partie hors du ventre, nous débrisons en dehors du sac par section de l'arcade crurale, aux ciseaux. Nous pouvons alors attirer dans le sac l'ovaire et une partie de la trompe, d'aspect normal, sans avoir recours au débridement du collet qui est peu serré. Deux fils de catgut sont passés à travers le ligament large et liés après entrecroisement, l'un embrassant la trompe à 2 centimètres en amont de la portion serrée, entre cette portion et l'utérus, l'autre étreignant le ligament large au-dessous de l'ovaire. La trompe est sectionnée au thermocautère. Ablation de la trompe et de

l'ovaire par section du ligament large en dehors de la ligature. Le sac est lié par 2 fils entrecroisés de catgut et excisé. Il est très épais, charnu, doublé sur sa face externe d'une épaisse couche de graisse.

Réunion de l'arcade crurale par deux fils de catgut rapprochant les lèvres de l'incision de débridement et fermeture de l'anneau crural par trois points réunissant l'aponévrose péctinéale à l'arcade crurale. Excision de lambeaux de tissu cellulaire effiloché et fermeture de la peau aux crins de Florence, sans drainage. Pansement à la gaze aseptique.

Les suites opératoires sont normales; les fils sont enlevés le 12^e jour après l'opération; la plaie est parfaitement réunie sauf au niveau de son angle interne où l'un des crins a suppuré.

Le 19 mars, vingt jours après l'opération, la malade était sur le point de quitter l'hôpital lorsqu'en faisant un effort pour aller à la selle, elle voit se produire une hernie dans l'aîne gauche. Appelé aussitôt auprès d'elle, nous constatons en effet l'existence d'une hernie crurale gauche, du volume du poing, très douloureuse. Le début de l'étranglement étant très récent, nous pratiquons un taxis modéré; mais celui-ci n'ayant pas donné de résultats au bout de quelques minutes, et étant très douloureux, nous n'insistons pas et pratiquons la kélotomie, une heure environ après le début de l'étranglement.

Nous trouvons, dans un sac graisseux, une anse intestinale de couleur violacée, distendue par des gaz. Débridement de l'anneau crural, réduction de l'intestin, ligature et excision du sac, fermeture de l'anneau crural. Suites opératoires normales. La malade sort de l'hôpital le 12 avril.

Le toucher vaginal pratiqué à cette date montre un utérus petit, très mobile; on ne sent pas les annexes gauches.

L'examen de la trompe excisée, pratiqué par notre collègue et ami Lefas, a montré qu'il s'agissait d'une salpingite parenchymateuse.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Hernie inguinale droite contenant la trompe utérine.

Ablation de la trompe. Cure radicale.

Guérison.

Mme D., âgée de 30 ans, sans profession, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, dans le service de notre maître M. Reynier, le 31 mai 1903 pour une hernie inguinale droite.

Elle a remarqué la présence de cette hernie il y a dix jours ; cependant, elle aurait eu dès l'âge de 6 mois, dans l'aîne droite, une hernie qui a guéri sous l'influence d'un bandage.

La malade a eu un enfant il y a cinq ans. Depuis six ans elle souffre du ventre ; ces douleurs sont bilatérales, surviennent par périodes et s'accompagnent de pertes blanches abondantes. La malade a vu plusieurs médecins qui lui ont déclaré qu'elle avait une salpingite et l'ont traitée par le repos, les injections chaudes, la dilatation de l'utérus, etc. ; mais ces traitements ne l'ont pas guérie ; elle est soulagée uniquement par le repos au lit et les douleurs reparaissent dès qu'elle reprend ses occupations.

Il y a dix jours, elle a remarqué la présence dans l'aîne droite d'une grosseur, du volume d'un œuf de pigeon. Cette grosseur était douloureuse spontanément et rendait la marche difficile.

A l'entrée de la malade, on constate l'existence d'une hernie inguinale droite, grosse comme le poing, subissant l'impulsion de la toux et se réduisant avec la plus grande facilité. La hernie est douloureuse spontanément sans qu'on puisse connaître les causes de cette douleur ; la malade va à la selle régulièrement

C'est grâce à l'obligeance de nos collègues et amis Picot et Viteman que nous avons pu recueillir cette observation. Nous leur adressons ici tous nos remerciements.

tous les jours ; il n'y a pas le moindre signe d'étranglement.

Opération le 10 juin par nos collègues Picot et Viteman.

Incision sur le canal inguinal ; section de l'aponévrose du grand oblique ; le sac est ouvert et incisé sur toute l'étendue de sa paroi antérieure ; les 2 lèvres de l'incision repérées avec des pinces sont écartées et l'on peut se rendre compte du contenu de la hernie. On aperçoit tout d'abord une petite

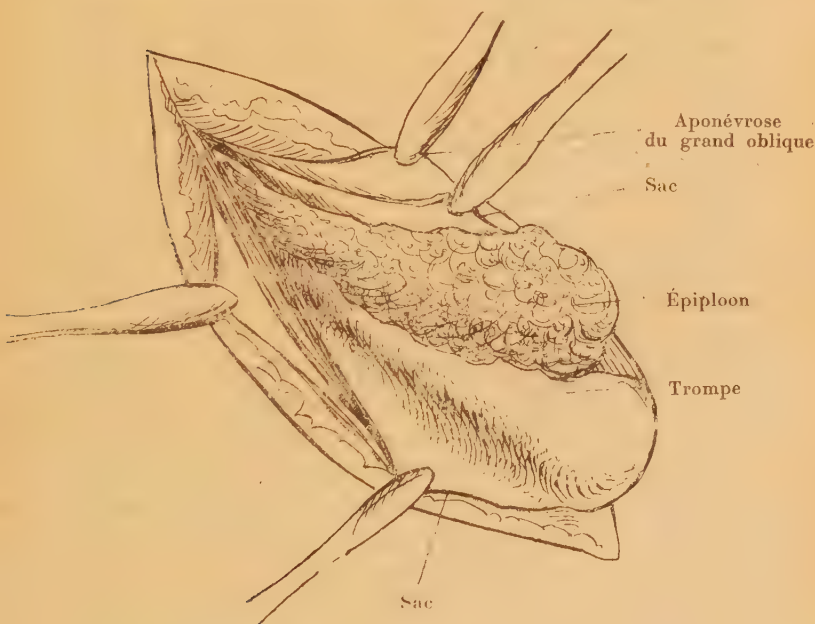


Fig. II

Due à l'obligeance de notre collègue Landowsky (Schématique).

masse épiploïque, renflée dans sa partie inférieure, légèrement resserrée, au niveau du collet et présentant à ce niveau de petites brides qui empêchent l'épiploon de s'étaler. L'épiploon se laisse facilement attirer dans la plaie ; on le lie et le résèque au-delà de la ligature. On aperçoit alors, cheminant sur la

paroi postérieure du sac, un petit cordon rougeâtre qui se termine au fond du sac par un renflement rouge, adhérent complètement au sac à ce niveau ; ces adhérences sont très serrées et impossibles à détacher ; plus haut, au contraire, ce cordon qu'on reconnaît pour la trompe utérine se détache de la paroi postérieure du sac à laquelle il est relié cependant par un court méso, dont les deux feuillets s'écartent pour former par leur étalement le sac lui-même.

Ce cordon est la trompe utérine dont le pavillon épaissi et étalé sur le fond du sac est intimement adhérent au péritoine et dont les franges sont méconnaissables. La partie de la trompe sus-jacente au pavillon est au contraire d'aspect normal.

Ligature de la trompe et ligature du méso par deux fils de catgut entrecroisés et section de la trompe au-dessous de la ligature. Le sac dont le fond adhère à la paroi postérieure du canal inguinal est libéré de ses adhérences, puis sectionné transversalement un peu au-dessous du point où a porté la ligature de la trompe et de son méso ; il est enlevé en même temps que le pavillon de la trompe qui lui adhère intimement. Le péritoine est fermé par un point de catgut en U accolant les deux lèvres du sac par dessus le moignon de la trompe. Fermeture du canal inguinal et réunion de la peau aux crins de Florence. Un petit drain est laissé à l'angle inférieur de la plaie en raison du suintement sanguin provoqué par la libération des adhérences du sac au canal inguinal.

Les suites opératoires sont normales et la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie de sa hernie. Nous la revoyons quatre mois après, le 23 octobre. La guérison de la hernie est parfaite ; les douleurs de ventre n'ont pas complètement disparu ; mais, depuis l'opération « *le côté droit va très bien* » tandis qu'elle souffre toujours du côté gauche. La malade est réglée irrégulièrement et a des pertes blanches. Au toucher, l'utérus est de volume normal, non douloureux, en antéflexion légère, et mobile ; le cul-de-sac droit est libre ; on provoque une légère douleur à ce niveau pendant qu'on déprime forte-

ment la paroi abdominale ; le cul-de-sac gauche, au contraire, est douloureux à la moindre pression et l'on sent à son niveau les annexes gauches, très douloureuses, lorsqu'on combine la palpation abdominale avec le toucher vaginal.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'une salpingite herniaire de date ancienne ; la hernie de la trompe était vraisemblablement d'origine congénitale ainsi que semble le faire supposer l'existence d'une hernie inguinale droite dans le bas âge. L'existence d'un méso reliant la trompe à la paroi postérieure du sac, prouve qu'il s'agit d'une hernie par glissement, comparable de tous points aux hernies du cœcum.

OBSERVATION III

(Voigt)

Hernie inguinale de la trompe

(Obs. publiée en 1809 in Hufeland, *Journal der practischen Heilkunde*, n° 3, p. 139, rapportée par Dezeimeris, in l'Expérience, 1839, p. 219, traduite dans le mémoire de Lejars).

La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de 36 ans, mère de six enfants, d'une bonne constitution, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait, et une tumeur se forma de la grosseur d'une aveline ; elle jugea que c'était une hernie et elle chercha à la faire rentrer, ce à quoi elle réussit. Elle garda le silence sur cet accident, parce qu'il ne laissa nulle douleur à sa suite, et parce que la tumeur put être réduite sans difficulté, chaque fois, qu'elle reparut de nouveau ; elle remarqua néanmoins que, depuis, elle éprouvait parfois des douleurs passagères dans l'abdomen. Un an plus tard, comme elle voulait enlever un objet assez lourd de dessus une large table, le corps étant fortement penché en avant, la tumeur reparut tout à coup. Elle fit d'inutiles tentatives pour la réduire ; la tumeur devint sensible ; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement ; il s'y joignit de la chaleur par tout le corps, de la soif, l'absence des selles, et enfin des vomissements.

Ce ne fut que le dixième jour que je fus appelé... Je reconnus, dans la région inguinale droite, une tumeur d'environ six pouces de long, du volume du bras d'un petit enfant, d'une couleur bleue foncé, extrêmement douloureuse au toucher, et où je reconnus immédiatement de la fluctuation. J'ordonnai une saignée... et, sur la tumeur, un cataplasme émollient avec le lait. Le lendemain matin, j'appris que la tumeur s'était ouverte et que la malade se trouvait assez bien... il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux et très fétide, et, à mon grand étonnement, je vis un *corps tout noir, d'un demi-pouce de long, et du volume d'une plume à écrire, qui sortait de l'ouverture de la tumeur*, et que je ne pus examiner avec tout le soin nécessaire à cause des violentes douleurs que causaient mes recherches.

La journée se passa sans incident... Le lendemain, j'appris que, la veille au soir, la malade, en faisant les lotions, avait extrait de la plaie le corps noir dont j'ai parlé, je me rendis auprès d'elle, et elle me montra ce corps. Il était putréfié et d'une odeur insupportable, sa longueur était de quatre pouces, *son volume à peu près celui d'une plume à écrire, son tissu était dense, une de ses extrémités était frangée et il avait un canal par lequel on pouvait faire passer un fil d'archal fin*. D'après toutes les circonstances du cas et selon toute probabilité, ce corps était une trompe de Fallope. Au bout de quatorze jours, la plaie était complètement guérie, la femme était en parfaite santé, et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien.

OBSERVATION IV

(A. BÉRARD)

Hernie crurale de la trompe de Fallope. — Hydropisie du sac herniaire. — Ponction. — Péritonite. — Mort.

(L'Expérience, 1839, p. 216).

Mme B..., âgée d'environ quarante-cinq ans, encore bien réglée, d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une

bonne santé... Il y a deux ans qu'elle s'aperçut de la présence, dans l'aîne droite, d'une petite tumeur, qui disparaissait par la pression, et qui grossit lentement, en conservant toujours sa réductibilité.

Dans le mois de décembre 1837, l'accroissement fut plus rapide, et les douleurs de ventre devinrent plus vives qu'à l'ordinaire. Mme B... réclama de nouveau les secours de la médecine. M. le Docteur Briquet, qui lui donnait des soins pour la première fois, s'aperçut bientôt que la tumeur de l'aîne était irréductible, et, soupçonnant quelque relation entre cette irréductibilité et les coliques qu'éprouvait la malade, il me fit de suite appeler.

Voici le résultat de notre première inspection : il existe dans l'aîne, du côté droit, une tumeur volumineuse, à base large, à surface égale, excepté dans un point, en dedans et en haut, où il y a une saillie en mamelon de la largeur du bout du doigt. Cette tumeur, qui dépasse le volume d'un œuf de poule, s'étend un peu vers le ventre et la grande lèvre droite. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur et son épaisseur naturelles, si ce n'est au niveau du mamelon, où elle est très amincie et présente une teinte légèrement bleuâtre. Ce mamelon excepté, la peau glisse partout sur le reste de la tumeur. Celle-ci est indolente, la pression n'est pas douloureuse ; comprimée pendant longtemps dans diverses directions et en faisant changer la malade de position, elle est irréductible et ne subit aucune diminution appréciable dans son volume ; la percussion constate qu'elle ne renferme pas de gaz. Enfin, une exploration méthodique permet d'apercevoir partout une fluctuation manifeste. Pour constater la nature du liquide, nous examinâmes la tumeur à l'aide d'une lumière, comme on le pratique dans l'hydrocèle, et sa parfaite translucidité nous apprit qu'elle était remplie par de la sérosité : ajoutons, pour terminer la description de cette tumeur, qu'on ne peut passer les doigts sous sa base et la détacher des parois abdominales ; il semble même qu'il en parte un prolongement qui traverse

l'épaisseur de ces parois dans le sens du canal inguinal et se perd dans le ventre.

En palpant le ventre, je découvris un corps gros, rond et dur, qui proéminait au-dessus du pubis; le toucher fit reconnaître que cette masse était développée dans le corps de l'utérus; elle égalait le volume d'un œuf de dinde : la malade n'en soupçonnait pas même l'existence. Nous nous arrêtâmes à l'idée que M^{me} B... portait un ou plusieurs corps fibreux de l'utérus.

M. Marjolin fut appelé en consultation. Il constata, comme nous l'avions fait, l'irréductibilité de la tumeur, sa fluctuation et tous les autres caractères que nous lui avions assignés; M. Marjolin reconnut, en outre, quelque chose d'un peu dur, à la base de la tumeur, et qui semblait se perdre profondément dans les parois de l'abdomen. Cette découverte, rapprochée des autres circonstances de la maladie, nous conduisit à porter le diagnostic suivant, le plus probable : ancienne hernie crurale; hydropisie du sac herniaire qui contient, en outre quelque viscère abdominal, probablement un petit morceau d'épiploon; enfin, adhérence probablement complète du collet du sac herniaire avec l'organe contenu dans la hernie, d'où résulte l'irréductibilité du liquide que renferme le sac.

Pour donner la plus grande précision possible à notre diagnostic, il fut décidé, d'après la proposition de M. Marjolin, qu'une ponction serait faite avec un petit trois-quarts, afin d'évacuer le liquide et de mieux examiner la tumeur quand elle serait vide. Cette ponction fut immédiatement pratiquée sur la partie la plus saillante de la poche; il s'écoula, par la canule du trois-quarts, six à huit onces d'une sérosité liquide de couleur légèrement citrine, mousseuse et qui se prit en gelée sur le feu. La poche ainsi évacuée, nous reconnûmes parfaitement bien, à sa base *un corps arrondi, du volume d'une petite noisette, occupant l'anneau crural, et disparaissant profondément derrière l'arcade crurale.* Ce corps demeura irré-

ductible et nous fûmes persuadés que notre diagnostic était exact sous tous les rapports.

Le jour même de la ponction, vers trois heures du soir, M^{ne} B... éprouve un frisson prolongé et ressent des douleurs dans la tumeur; au 3^e jour, douleurs de ventre, vomissements; la tumeur offre les caractères d'un phlegmon (large incision qui donne issue à de la sérosité lactescente); au 4^e jour, érysipèle commençant aux environs de la plaie; au 6^e jour, symptômes évidents de péritonite; le 7^e jour, mort dans la soirée.

Les lésions que l'autopsie fit découvrir sont les suivantes : épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale; fausses membranes sur les circonvolutions intestinales; rougeur du tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'intérieur de la poche est recouvert d'une exsudation albumineuse; une ouverture de communication parfaitement libre existe entre cette poche et la cavité péritonéale, derrière le ligament de Fallope : c'est évidemment le collet du sac herniaire non oblitéré. Cette ouverture a deux à trois lignes de diamètre; elle répond à l'anneau crural.

Le sac herniaire renferme la *trompe de Fallope*, seule, *considérablement hypertrophiée*. Nulle adhérence n'existe entre la trompe et l'intérieur du sac, mais le conduit de la trompe est intimement uni à la partie antérieure de la circonférence du collet du sac. C'est entre la partie postérieure de ce conduit, et le reste de la circonférence du collet du sac, que se trouve l'ouverture qui établit une communication parfaitement libre entre la cavité péritonéale et l'intérieur de la poche qui renfermait la sérosité.

L'ovaire du côté droit occupe sa place ordinaire à l'intérieur du bassin. Aucun autre viscère n'est contenu dans le sac herniaire. Le tissu de l'utérus, d'ailleurs sain, est distendu par un énorme corps fibreux.

OBSERVATION V

(SCHOLLER

Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope.
Observation rapportée dans la *Gazette Médicale* de Paris, 1840,
p. 509. (Résumée).

Il s'agit d'une petite fille de 11 jours qui succomba à une inflammation gastro-intestinale. A l'autopsie, on constata qu'il existait, du côté droit, une hernie inguinale. La tumeur s'avancait jusqu'à la grande lèvre, et contenait la *trompe de Fallope*, qui était rouge et tuméfiée, mais nullement adhérente. Le ligament rond du même côté était plus court que l'autre; l'utérus était un peu déplacé, et son axe n'était pas parallèle à celui du corps.

OBSERVATION VI

Hernie crurale de la trompe

AUBRY, *Société Anatomique*, 1842, p. 143.

M. Aubry a trouvé, sur le cadavre d'une femme de 70 ans, une *hernie de la trompe de Fallope*, qui diffère, par son siège, de la hernie crurale ordinaire. Elle est fixée près de la partie externe du ligament de Fallope, ou au devant du pectiné, en dehors des adducteurs, en dedans des vaisseaux cruraux. C'est une hernie à travers le ligament de Gimbernat.

OBSERVATION VII

Hernie de la trompe

(DOLBEAU, *Société anatomique*, 1854, p. 72).

La malade qui a offert cette altération est entrée à l'hôpital, il y a quelques semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec

tous les signes d'un abcès dans le canal inguinal. — Le foyer a été incisé, il en est sorti du pus ; mais quelques jours après, est survenue une péritonite intense due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement. A l'autopsie, voici ce que l'on a pu constater :

Un foyer purulent, communiquant d'une part avec l'extérieur, d'autre part avec la cavité péritonéale ; de plus, un kyste séreux, indépendant de cette poche. Ce kyste, incisé, a laissé écouler de la sérosité, et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que *cette poche était située dans la cavité de la trompe*. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal.

Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placée la trompe : en dehors et en avant de ce sac, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire, il est resté dans l'abdomen, à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité : le tout, contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer en suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

OBSERVATION VIII

Hernie de la trompe utérine

(DUPONT, de Lausanne ; Société vaudoise de médecine, séance du 4 avril 1878. In bull. de la Soc. médicale de la Suisse romande, 1878, p. 115-116).

M. Dupont (de Lausanne) rapporte le cas fort intéressant et fort rare d'une hernie de la trompe de Fallope. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, d'intelligence bornée et qui ne put donner qu'une anamnèse douteuse. Elle portait une tumeur du pli de l'aîne, simulant une hernie et recroquevillée sur le ligament de Poupart ; cette tumeur bilobée présente une fluctuation manifeste, mais n'offre, du reste, aucun signe

d'étranglement. Quoique présentant une abondance de plaques muqueuses sur l'anus et la vulve, la malade est enceinte de quatre à cinq mois. Une ponction exploratrice amène un liquide jaune citron, en sorte que le diagnostic suivant est posé : hernie rentrée dont le sac subsiste et a formé kyste.

L'opération est décidée. M. Dupont y procède avec toutes les précautions d'usage dans la herniotomie, et arrive sur une membrane extérieure formant sac, dont l'incision donne écoulement à du liquide et laisse voir *un corps gros comme le doigt, violet, présentant tous les caractères anatomiques de la trompe de Fallope*.

L'opération s'est heureusement terminée par la réduction de la partie herniée et la malade est en pleine convalescence actuellement, sans que l'opération qu'elle a subie ait amené aucune suite fâcheuse pour sa grossesse.

OBSERVATION IX

Hernie inguinale droite congénitale de la trompe de Fallope.

(Ch. FÉRÉ, Etudes sur les orifices herniaires et sur les hernies abdominales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. La Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879, p. 571).

C... Hélène, née le 4 décembre 1878, morte le 25.

Autopsie. — Canal de Nüeck oblitéré à gauche ; à droite, sac herniaire en avant du ligament rond et un peu en dehors, d'un centimètre de profondeur sur quatre millimètres de large, contenant exclusivement *le pavillon de la trompe*, qui offre de ce côté une longueur totale de quarante et un millimètres, tandis qu'elle n'en a que trente-sept à gauche. L'utérus est situé exactement sur la ligne médiane ; l'ovaire occupe sa position normale et ne peut être amené jusqu'à l'orifice herniaire. A la palpation extérieure, il m'est impossible de sentir cette hernie ; la trompe se réduit à la moindre pression, mais revient immédiatement après.

OBSERVATION X

(LENTZ, Gaz. médicale de Strasbourg, 1882, n° 9).

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, portant dans l'aîne une tumeur fluctuante, irréductible empêchant la malade de travailler. M. E. Bœckel diagnostique une hydrocèle d'un sac herniaire crural ; il en pratique l'extirpation et trouve le collet occupé par le pavillon de la trompe de Fallope sans l'ovaire, et, à côté, un petit kyste du corps de Rosénmüller ; il excise les parties herniées après ligature au catgut. La malade guérit assez rapidement.

OBSERVATION XI

Die Tuba Fallopiae als einziger Inhalt einer Hernia inguinalis
(VOGEL, Centralblatt für Gynäkologie, 1886, p. 166-168).

Mme H... âgée de 38 ans, a eu trois enfants, le dernier il y a quatre ans. Quelque temps après sa dernière couche elle a été prise de douleurs dans la fosse iliaque droite ; son médecin a pensé à une typhlite. Les douleurs disparurent en quelques jours par le repos et l'application de compresses. L'année dernière, elle eut quelques douleurs au sujet desquelles elle vint me consulter. Cette fois aussi, les douleurs disparurent par le repos au lit. Pendant les huit jours que dura la maladie, il y eut quelques vomissements.

Le 4 novembre de cette année, la malade remarqua, aussitôt après s'être levée, une tumeur dans l'aîne pour laquelle elle vint me consulter. Je constatai du côté droit une hernie inguinale, de la grosseur d'un œuf de poule, qui était douloureuse à la palpation. Ne pouvant la réduire, je chloroformisai la malade et essayai le taxis, mais ce fut en vain. Je renvoyai au lendemain l'opération de la kélotomie que j'estimais nécessaire. La hernie était devenue rouge et douloureuse, ce qui est explicable par les tentatives de réduction pratiquées la

veille. Sous chloroforme, après avoir essayé de nouveau, mais en vain, de réduire la hernie, je procédai à la kélotomie.

Après section de la peau et de l'aponévrose, le sac se montra rouge ; les piliers étaient très serrés et tendus. J'ouvris le sac. Après écoulement d'un liquide sanguinolent qui formait le principal contenu de la hernie j'agrandis l'incision du sac. Je vis alors un organe, que je pris, au premier abord, pour le processus vermilforme, mais pour un instant seulement, car des différences nettes existaient dans la forme de l'organe, et je me convainquis que j'avais devant moi la trompe de Fallope. La trompe était enroulée dans le sac herniaire ; son extrémité terminale était voisine des piliers de l'anneau inguinal, tout proche de son extrémité centrale. La partie herniée était longue de dix centimètres ; le tiers périphérique de la partie herniée était d'une épaisseur de douze millimètres, le tiers central était d'une épaisseur environ moitié moindre. La partie périphérique était fortement hyperhémée, en partie à cause de sa striction par les piliers de l'anneau inguinal, en partie à la suite des tentatives de réduction de la veille. Les franges du pavillon étaient courtes et spongieuses. L'extrémité de la trompe présentait l'aspect d'un disque rouge foncé dont le milieu, déprimé en entonnoir, laissait voir l'ostium de façon très nette. Je ne sondai pas à dessein ce dernier orifice afin de ne pas provoquer de déchirure, ni d'hémorrhagie dans ce tissu hyperhémé. Une frange plus longue se voyait, isolée, sur le bord postérieur du pavillon. Près du milieu de la trompe, se voyait une bride étroite et au-dessus une dilatation ampulnaire. Au-dessus des piliers de l'anneau inguinal disparaissaient l'hyperhémie et la tuméfaction. — La trompe était adhérente à l'anneau inguinal qui était très serré ; ce n'est qu'avec peine qu'on pouvait introduire une pince fermée entre la trompe et le canal inguinal.

Ne pouvant réduire sans violence l'organe hernié, je fis deux petites incisions sur l'anneau inguinal, et il me fut

facile de réduire la trompe dans la cavité abdominale, après quoi toute la plaie fut nettoyée à l'eau boriquée. — La forme du canal inguinal montrait qu'il s'agissait d'une hernie inguinale directe.

Je liai le sac au catgut et le sectionnai au delà de la ligature. La plaie fut réunie, drainée et recouverte d'un pansement à la gaze iodoformée et ouaté de bois. Suites opératoires sans réaction et sans fièvre, bien que l'opérée restât malade quelques jours à la suite du chloroforme. Les fils furent enlevés au premier pansement, sept jours après ; la guérison de la plaie alla vite et la malade garda le lit plus longtemps, à cause seulement d'une grande faiblesse. Les douleurs de la région de la fosse iliaque ne sont jamais revenues après l'opération.

Un examen ultérieur de l'appareil génital ne m'a permis de sentir rien d'anormal ; seulement une antéversion très nette de l'utérus ; je n'ai pu sentir les annexes.

OBSERVATION XII.

Hernie crurale droite étranglée. — Herniotomie. — Contenu de la hernie : la trompe droite.

(C. BRÜNNER, Beitrage zur Klin. Chir., Bd IV, 1889, obs. traduite dans le mémoire de Lejars.)

R. Meier, soixante-huit ans, est admise à l'hôpital le 27 octobre 1887. — Il semble qu'il y ait, dans la famille de la malade, une prédisposition aux hernies : sa mère et deux autres enfants en ont été atteints. Quant à elle, elle ne se souvient pas avoir jamais été gravement malade ; elle n'a pas eu d'enfants. Ses règles étaient régulières, revenaient toutes les quatre semaines, duraient d'ordinaire quatre jours, et s'accompagnaient de très violentes douleurs et de crampes dans le bas-ventre et la région sacrée. La hernie n'est apparue, ou du moins, la malade ne s'en est aperçue, qu'à cinquante ans, longtemps après la ménopause. Cette hernie

n'est jamais rentrée complètement, mais toujours, quand on cherche à la réduire, il reste au dehors de l'anneau, une petite masse grosse comme une noisette. — Dans les efforts, la tumeur herniaire devient un peu plus grosse, et des crampes qui s'irradient jusque dans la région de l'estomac, signalent cette augmentation de volume de la hernie. — Depuis environ quatre semaines, la malade souffrait constamment, bien que d'une façon supportable, de sa hernie ; depuis le 20 octobre la réduction ne se fait plus, même partiellement ; les douleurs sont devenues plus vives, perte d'appétit, insomnie, selles irrégulières, pourtant pas de vomissements. Le praticien consulté essaya le taxis, sans succès, et envoya la malade à la clinique pour qu'on fit la kélotomie.

Malade âgée, très amaigrie. Vives douleurs dans le ventre, qui est ballonné et fortement tendu. Dans la région crurale droite, au-dessous du ligament de Poupart, on trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, un peu rouge à la surface, tendue, très sensible et qui donne, à la percussion, un son tympanique sourd.

On porte le diagnostic de hernie crurale épiploïque étranglée.

Kélotomie par M. le prof. Kronlein. — Sommeil chloroformique tranquille. — Section de la peau et des couches communes sous-cutanées. Le sac, mis à découvert, offre un aspect tout particulier : sa portion inférieure, d'apparence violacée, et qui figure le vrai sac, est recouverte par une seconde bosselure plus grosse, dont la sépare une encoche profonde. Ce segment supérieur de la tumeur est de coloration jaunâtre, de consistance solide, et l'on reconnaît, à un examen plus attentif, un lipome sous séreux. Le sac herniaire fut ouvert en un point : il sortit un jet de liquide clair. L'incision fut prolongée alors, sur le doigt, dans toute la longueur du sac, et la paroi, saisie avec des pinces, et bien développée. Comme contenu, l'on trouve un organe plissé, d'un rouge sombre, qui se continue à sa base avec un petit conduit et que l'on reconnaît pour l'extrémité

frangée de la trompe, gonflée et œdémateuse. On n'arrive qu'avec peine à pousser l'index, à côté de cet organe, jusque dans l'anneau d'étranglement. On débride, en dedans, avec le bistouri herniaire, et l'on peut dès lors aisément réduire la trompe. Le sac est disséqué, lié avec de la soie au sublimé et sectionné au devant de la ligature. Le lipome est isolé et enlevé.

Désinfection avec la solution de sublimé à 1 p. 2000. Drain. Suture de la peau. Pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois au sublimé.

Les choses se passèrent fort simplement après l'opération. La plaie guérit par première intention. Il ne se produisit pas de vomissements, et l'état général s'améliora de jour en jour, de sorte que, le 18 novembre, la malade put sortir, guérie. L'exploration par le vagin, faite le jour de la sortie, donna les résultats suivants : utérus petit, mobile, en antéflexion forcée ; ovaires très faciles à sentir, mais nullement augmentés de volume.

OBSERVATION XIII

Hernie crurale droite, étranglée. — Herniotomie. — Contenu : la trompe droite.

(CONRAD BRÜNNER, *Herniologische Beobachtungen*, in *Beiträge zur Klin. Chir.* Bd IV, 1889, p. 32, obs. traduite dans le mémoire de Lejars).

Huber Jeanne, trente-huit ans, est amenée à la clinique le 7 septembre. La malade est originaire d'une famille saine, dans laquelle il n'y a pas de hernies. Elle-même ne se souvient pas d'avoir jamais été malade. Depuis sa dix-septième année, elle est réglée régulièrement ; il survient toujours quelques douleurs le premier jour, mais sans qu'elles soient localisées à la région inguinale droite. Mariée à vingt ans, ; deux enfants, le dernier en 1871.

Il y a huit ans, à l'époque de ses règles, et à un moment où

elle avait dû se fatiguer beaucoup aux travaux des champs, la malade fut prise brusquement de vives douleurs dans la région inguinale droite, et elle remarqua pour la première fois la présence, dans la même région, d'une tumeur grosse comme une noix qu'elle-même regarda comme une hernie. Il y a deux ans, après de grandes fatigues, au moment de la fenaison, il se produisit une descente de matrice et, en même temps, les douleurs de l'aîne se réveillèrent et la petite tumeur se développa une fois de plus. — La malade réduisit elle-même le prolapsus utérin, qui, depuis, reparut à maintes reprises ; elle ne saurait dire si, pendant les règles, les douleurs devenaient plus intenses, au niveau de la hernie.

Le 2 septembre, la descente se reproduit, et, en même temps, apparaît, à l'aîne, une tumeur grosse comme un œuf et irréductible. Les douleurs devinrent dès lors insupportables, jusqu'à enlever l'appétit et le sommeil. Nausées continuelles, mais selles régulières. — Le médecin appelé aurait pratiqué la réduction, mais la hernie n'aurait pas tardé à se montrer de nouveau. Finalement la malade fut envoyée à l'hôpital. Pendant le transport, douleurs très violentes, nausées, sensation de torpeur dans les mains et les pieds.

On trouve, dans le creux inguinal droit, une tumeur située, en grande partie, au-dessous du ligament de Poupart, et de la grosseur d'un œuf. La peau glisse aisément à sa surface, elle est rouge, et en un point dépouillée d'épiderme (par le fait du bandage). La tumeur est de consistance solide, sonore à la percussion. Pas de fluctuation. Pression douloureuse. La malade ne cesse de se plaindre au cours de l'examen. L'exploration des organes génitaux donne les résultats suivants : le corps utérin est en antéverson, il est augmenté de volume, épaissi, sensible à la pression : on le délimite fort bien par le palper bimanuel ; il est très mobile, nulle part adhérent. Le cathétérisme donne une longueur de 14 centimètres. Col très hypertrophié avec prolapsus du vagin ; on n'arrive point à remettre l'un et l'autre en place. Par le toucher vaginal, on

sent, l'ovaire droit légèrement grossi, et fortement sensible. L'ovaire gauche ne se sent pas.

Kélotomie (par M. le professeur Kronlein). — Incision cutanée à peu près perpendiculaire au ligament de Poupert. Les enveloppes extérieures de la hernie sont minces, adhérentes entre elles, et sans stratification bien nette. Le sac herniaire proprement dit est pédiculé, d'aspect irrégulier et semé de dépressions digitiformes. On l'ouvre : il laisse écouler une petite quantité d'un liquide clair, un peu coloré en rouge ; et, quand il est largement fendu, saisi avec des pinces et dûment étalé, on découvre qu'il est rempli tout entier par un organe d'un rouge foncé, ressemblant à une crête de coq, mou au toucher et qui semble formé d'un tissu caverneux gorgé de sang. Par en bas, dans la profondeur du sac, cet organe se continue avec un cordon assez épais, qui pénètre dans l'abdomen par l'anneau herniaire, très étroit. Après avoir débridé en dedans, il devient aisé d'attirer ce cordon et l'on reconnaît alors que le contenu de la hernie est la trompe, dont les franges sont fortement gonflées.

Par la traction, on amène encore au dehors l'ovaire, qui paraît entièrement sain. Le contenu de la hernie se laisse facilement réduire par l'anneau désormais suffisamment large ; il n'existe ni adhérences anciennes, ni adhérences récentes. Le sac est lié en deux portions et réséqué ; la partie enlevée ne présente rien de particulier, si ce n'est une épaisse doubleur graisseuse. Drainage. — Pansement à l'iodoforme et à l'ouate de bois.

8 septembre. — Bon état général ; pas de fièvre, pas de vomissements.

14 septembre. — On change le pansement. — La plaie est réunie par première intention, sauf l'orifice du drain.

23 septembre. — Cicatrisation complète de la plaie. La malade sort du service et passe à la Clinique gynécologique pour être traitée de son prolapsus vaginal.

OBSERVATION XIV

Hernie de la trompe enflammée. — Cure radicale.

Guérison.

RUDOLPH FRANK. (Internationale Klinische Rundschau
1892, p. 1098).

K... Thérèse, âgée de 21 ans, a eu dans l'enfance une hernie inguinale gauche qui fut opérée. Depuis quelques années, elle tousse (infiltration du sommet). Régliée à l'âge de quatorze ans ; règles régulières, mais s'accompagnant de douleurs dans le ventre et les reins. Fin octobre 1891, a eu un enfant vivant. Elle dit avoir remarqué la hernie inguinale aussitôt après l'accouchement, hernie qui avait la même grosseur que lors de son entrée à la clinique, le 14 novembre. La hernie ne rentrait jamais ; elle a commencé à être douloureuse, mais d'une façon légère, dès que la malade s'est relevée de ses couches. Depuis quatre jours la malade s'est sentie souffrante ; elle n'a pas été à la selle, mais a rendu des gaz ; la grosseur de l'aine est devenue très sensible.

Etat : Jeune femme de constitution frêle ; sur la peau du tronc, quelques taches d'un blanc pur, symétriques ; température normale. Abdomen légèrement ballonné, assez tendu. Dans l'aine, du côté gauche, une tuméfaction de forme ovulaire, plus grosse que les deux poings, faisant une forte saillie, s'étendant dans la moitié supérieure de la grande lèvre. La peau qui la recouvre porte une cicatrice linéaire, de 7 cent., adhérente aux tissus profonds. La tumeur est nettement fluctuante, mais on sent, dans la grande lèvre, une partie solide qui est très douloureuse à la pression, comme toute la tumeur. La tumeur donne à la toux une impulsion peu nette ; elle ne se laisse amoindrir, ni réduire par la pression. La mobilité est très faible.

La malade n'a pas été examinée par le vagin. Le diagnostic

porté fut : hernie épiploïque enflammée avec exsudat abondant. — Traitement : cataplasmes, lavements.

Dans l'espace de trois semaines, la grosseur diminua jusqu'à ne plus avoir que le volume d'un œuf d'oie, et devint tout à fait indolente : elle présentait maintenant une masse dure à laquelle adhérait la cicatrice déjà citée.

Opération le 21 décembre 1891. — Je mis à nu la tumeur et l'énucléai ; elle faisait suite à un pédicule épais qui pénétrait dans le canal inguinal. En incisant au devant du pédicule, j'ouvris le péritoine qui formait un sac paraissant vide, dont le fond se continuait avec la tumeur mise à nu et dont le col communiquait avec la cavité péritonéale par un orifice de la grosseur du pouce. Sur la paroi postérieure du sac, on sentait un *cordon épais, rond, qui soulevait cette paroi par son bord antérieur convexe, et qui, selon toute apparence, était extra-péritonéal*. L'extrémité périphérique du cordon se perdait dans la masse mise à nu ; dans le canal inguinal, le cordon faisait saillie, toujours sur la paroi postérieure du sac ; il recevait un méso dont les deux feuillets passaient en se séparant sur cette paroi postérieure. Le cordon se laissait attirer et suivre jusqu'au corps de l'utérus sur lequel on pouvait voir son insertion. Je le reconnus alors pour la trompe ; le méso de ce cordon était le ligament large. Je liai la trompe et la sectionnai au thermocautère. Je réunis alors par dessus le pédicule la paroi antérieure du collet du sac avec le ligament large et, finalement, enlevai le sac avec la masse dure qui lui adhérait. — Réunion partielle de la peau. — Suites dépourvues de fièvre. — Le bourgeonnement de la partie de la plaie laissée ouverte tint la malade à la clinique pendant cinq semaines.

L'examen des parties enlevées montra que la trompe avait été réséquée sur une longueur de dix centimètres ; elle était flexueuse, rétrécie en un point ; la cavité du sac était grosse comme une noix. La masse à laquelle adhérait le sac consistait uniquement en tissu cicatriciel dur, calleux, dans lequel on ne trouvait pas trace d'ovaire.

OBSERVATION XV

Hernie obturatrice contenant une anse intestinale, la trompe gauche et de l'épiploon

(PICQUÉ et POIRIER, Etude sur la hernie obturatrice, Revue de Chirurgie, 1892, p. 342). Résumée.

M^{me} Ch., pensionnaire aux Ménages, soixante huit ans. C'est une femme petite, taible et atteinte depuis plusieurs années de prolapsus utérin complet, mais réductible; avant son entrée, elle exécutait des travaux pénibles et portait de lourds fardeaux. Elle a présenté à plusieurs reprises des accidents d'occlusion intestinale, qu'on attribua à l'existence d'une hernie crurale, de siège exceptionnel, et auxquels elle succomba.

Autopsie : Le sac est du volume d'un petit œuf de poule; il est de forme sphérique et siège entre le muscle pectiné et le muscle obturateur externe. Il est formé par le péritoine pelvien qui, s'étant engagé dans le canal sous-pubien, a entraîné avec lui les viscères voisins.

Le collet du sac adhère aux parois du canal sous-pubien par des adhérences celluluses extrêmement lâches. Ce collet a quinze millimètres de longueur; son orifice externe répond à un anneau fibreux formé par l'aponévrose de l'obturateur externe; son orifice interne, un peu plus grand, répond au ligament supérieur de la membrane obturatrice. La partie intermédiaire, renflée, répond au canal sous-pubien dont elle donne le moule exact.

Contenu : Le sac contient peu de liquide; on y trouve une anse intestinale, la trompe et une partie de son ligament et de l'épiploon. L'anse, qui appartient à l'intestin grêle, est rouge violacé, à paroi épaissie; elle est entourée d'une collerette épiploïque à laquelle elle adhère sur toute sa périphérie par des adhérences anciennes et solides. La collerette épiploïque adhère elle-même et très solidement au sac. En arrière

de l'anse intestinale entourée de son collier d'épiploon, on trouve la trompe et 4 centimètres de son ligament ; trompe et ligament adhérent intimement aux parois du sac.

Hernie étudiée par la cavité pelvienne. — Dans l'entonnoir péritonéal dont le sommet va former le sac herniaire, on trouve les deux bouts de l'anse intestinale herniée : le bout supérieur est gros, rouge, épaissi et présente deux petites perforations ; le bout inférieur est affaissé ; entre les deux, le mésentère se plisse ; en arrière de l'intestin, on trouve l'ovaire et le ligament de la trompe aplatis et appliqués sur l'aponévrose de l'obturateur interne.

OBSERVATION XVI

Hernie inguinale simultanée de la trompe utérine droite et de la vessie ; étranglement ; excision de la trompe ; déchirure et suture de la vessie ; fistule urinaire consécutive. — Guérison complète.

(F. LEJARS, Les Hernies de la trompe, Revue de Chirurgie, janvier 1893, p. 12). — Résumée.

Je fus appelé le 24 février 1892, dans la soirée, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Peyrot, pour une femme de trente-neuf ans, Louise Ch., mécanicienne, atteinte d'une hernie inguinale droite étranglée.

Je trouvais une femme grande, très pâle, très amaigrie. Depuis quelques jours seulement, elle avait constaté l'existence, à l'aîne droite, d'une grosseur, et presque immédiatement, cette grosseur était devenue irréductible et douloureuse.

La peau était chaude, la température à 39°, la langue un peu sèche ; il y avait des nausées presque continuelles, quelques vomissements, mais sans caractère ; pas de selles depuis trente-six heures. Le ventre était ballonné, sensible à la pression, surtout à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite. De plus, on délimitait sans peine, au-dessus du pubis, une masse

dure, arrondie, qui ne pouvait être qu'un fibrome du fond de l'utérus ; du reste, des pertes de sang avaient eu lieu à plusieurs reprises, et encore durant les derniers jours : l'hémorrhagie n'était même pas entièrement arrêtée.

Dans l'aîne droite, au siège classique de la hernie inguinale, il existait une tumeur ovalaire, grosse comme un œuf, légèrement rouge à sa surface : cette tumeur était tendue, mate, obscurément fluctuante, d'une irréductibilité complète, et très douloureuse. L'hypothèse la plus probable était celle d'une hernie intestino-épiploïque, et d'un étranglement de marche rapide, si l'on s'en rapportait aux accidents généraux.

La malade fut endormie au chloroforme ; j'incisai la peau suivant le grand axe de la tumeur herniaire, je sectionnai une à une les enveloppes externes du sac, enfin je le ponctionnai et l'ouvris : il contenait une quantité notable d'un liquide rougeâtre, très odorant, que je m'empressai, du reste, de bien étancher. Une fois le sac grand ouvert, nous fûmes très étonnés, mes aides et moi, de ne voir ni épiploon, ni intestin : la cavité semblait presque vide et comme déshabitée. *Sur sa paroi rampait une sorte de cordon, d'un rouge foncé et noirâtre par places, qui se terminait en avant en s'épaississant, et, en arrière, se prolongeait jusque dans l'anneau.* Nous reconnûmes vite la trompe utérine ; son calibre, ses flexuosités, et surtout le *bouquet de franges* qui en formait l'extrémité, disaient assez sa nature. L'orifice central du pavillon était même dilaté, et la moindre pression en faisait sourdre de grosses gouttes de muco-pus ; toute la trompe était d'ailleurs épaissie, rouge et hyperhémiee. La surface séreuse était dépolie, noire par places, et l'odeur fétide qui se dégageait de l'organe, même après qu'il fut réséqué et retiré du sac, indiquait un sphacèle déjà avancé. La trompe était seule, sans l'ovaire ; elle était parfaitement libre dans le sac, et nulle adhérence ne la reliait aux parois.

Je portai mon doigt jusqu'à l'anneau ; il était très serré, il

étranglait réellement le conduit tubaire, qu'une traction prudente ne pouvait amener au dehors. Cet anneau fut débridé, en haut et en dehors, sur une très petite profondeur, puis dilaté au doigt ; dès lors, la voie était libre, et il nous fut aisé d'attirer dans la plaie un assez long bout de trompe saine : le contraste était fort net entre la portion herniée, noirâtre et flasque, et la portion abdominale, rouge, lisse et bien vivante ; un sillon marquait, d'ailleurs, la limite des deux segments.

Je jetai un gros catgut sur la portion saine de la trompe à environ 1 centimètre du « contour de la portion serrée », et je la liai solidement ; puis je la sectionnai à quelques millimètres au devant du fil et, avec le couteau rougi d'un thermocautère, je détruisis profondément la muqueuse du conduit béant. J'ajoute, qu'au moment de la section, une goutte de muco-pus s'était montrée à l'orifice ouvert, et avait été aussitôt étanchée avec un tampon. Cela fait, je coupai les deux chefs de mon catgut et le moignon de la trompe se perdit dans les profondeurs du petit bassin ; je n'avais pas vu l'ovaire, et les tractions exercées sur la trompe ne l'avaient pas amené sous nos yeux. Mon doigt, introduit dans le ventre par l'anneau herniaire agrandi, ne le découvrit pas non plus ; il est vrai que je crus inutile de prolonger longtemps la recherche ; en revanche je sentis nettement le fibrome utérin dont j'ai déjà parlé.

Nous résumons le reste de l'observation :

Au cours de la dissection du sac, déchirure de la vessie qui adhéra intimement au feuillet postérieur du sac ; large résection de la paroi vésicale, suture ; guérison ; persistance à l'aîne d'une fistule urinaire qui dure quatre mois et se ferme d'elle-même.

OBSERVATION XVII.

Hernie inguinale gauche de la trompe. — Salpingite correspondante. — Kélotomie et ablation de la trompe malade et de l'ovaire. — Guérison.

(A. GUINARD et DUDEFOY, Bull. de la soc. anat.,
janvier 1893, p. 85).

La nommée F. H..., âgée de 24 ans, entre le 24 janvier 1893 dans la salle Richard Wallace, à l'hôpital Ténon. Cette jeune femme est d'aspect robuste : elle a toujours habité la campagne dans le département du Cher ; ce n'est que depuis un an qu'elle est à Paris. Nous n'insisterons que sur ses antécédents génitaux. Elle a été réglée, pour la première fois, à l'âge de seize ans. La menstruation n'a jamais été bien réglée : elle s'accompagnait toujours de phénomènes nerveux, de crises nerveuses au cours desquelles, suivant son expression, « il fallait quatre hommes pour la tenir ». Elle perdait du sang à chaque époque menstruelle et abondamment pendant huit jours. Il y a 4 ans, elle a accouché après trois jours de douleurs ; l'accouchement a été très difficile, on s'est servi du forceps. Néanmoins, huit jours après la délivrance, elle reprenait ses occupations de fille de ferme. Au bout de trois semaines, elle commençait à souffrir du ventre, et elle s'apercevait qu'elle portait, dans la région inguinale, une tuméfaction venue spontanément, sans que son apparition pût être rapportée à un effort quelconque. Cette tuméfaction était douloureuse à la pression seulement, mais, depuis un an, elle est devenue beaucoup plus sensible, et ce sont les douleurs incessantes, dont elle est le siège, ainsi que son augmentation progressive de volume qui engagent la malade à entrer à l'hôpital. Ajoutons que, depuis son accouchement, cette jeune femme a constamment un écoulement séro-purulent par le vagin, et que les règles sont beaucoup moins

abondantes et durent beaucoup moins qu'auparavant (3 jours au lieu de 8).

A son entrée, nous constatons une tuméfaction considérable de la région inguinale gauche, sans changement de couleur à la peau. On peut plisser la peau en avant de la tumeur, mais il est difficile d'explorer cette tumeur, à cause des violentes douleurs que la moindre pression provoque à son niveau.

En introduisant avec précaution l'index dans le canal inguinal, on trouve une seconde tumeur qui semble tenir à la première par un tractus, et dont la pression est aussi très douloureuse. Cette dernière tumeur donne exactement la sensation, qu'on a chez l'homme, lorsqu'on explore un testicule retenu en haut du canal inguinal. L'impulsion de la toux se fait sentir, surtout sur la tumeur supérieure, qui bombe alors fortement dans le canal inguinal.

Nous fondant surtout sur la douleur si vive de l'exploration, nous arrivons par exclusion au diagnostic de hernie de la trompe et de l'ovaire.

La kélotomie est pratiquée le 27 janvier 1893. Nous arrivons avec peine sur une masse très saignante, allongée en boudin. Le sac péritonéal est très adhérent à la tumeur. En le décollant avec l'ongle on finit par arriver à la cavité abdominale. M. Guinard introduit alors un doigt dans le bassin et reconnaît la corne utérine gauche. En remontant du côté de l'anneau inguinal, il attire la portion saine de la trompe, et passe un fil double au travers de ce pédicule qui relie la tumeur à l'utérus. Section de ce pédicule au thermocautère en dehors de la ligature. Pour libérer de même la tumeur sur son extrémité opposée, M. Guinard est conduit à attirer l'ovaire, qui est à peu près doublé de volume, mais qui n'est pas adhérent au péritoine. Il fait un pédicule comme précédemment, au-dessous de l'ovaire, et la tumeur s'énuclée alors facilement. — Suture et résection du sac ; suture des piliers de l'orifice inguinal et des parois du canal. Suture de la peau. — Pansement ordinaire.

Examen des pièces. — L'ovaire est doublé du volume d'une grosse noix. La trompe est du volume d'un gros boudin. C'est de la salpingite parenchymateuse; on trouve à la coupe trois abcès, séparés l'un de l'autre. La ligature porte sur une portion saine de la trompe, qui est obliterée au point où elle pénétrait dans le trajet inguinal. Huit jours après, la malade est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVIII

Hernie crurale gauche contenant la trompe seule.

BROCA, *Bulletins de la Société Anatomique* janvier 1893, p. 88.

Mon observation est celle d'une femme de quarante ans environ, auprès de laquelle j'ai été appelé d'urgence à l'hospice d'Ivry, le 14 janvier 1891, à une heure du matin. Cette femme avait déjà eu, un mois auparavant, des accidents analogues, pour lesquels elle avait refusé de se laisser opérer par notre collègue et ami Ch. Nélaton, alors titulaire du service; ces accidents avaient cédé au taxis. Quand j'arrivai, je trouvai une hernie crurale gauche de volume moyen, ne présentant, à l'examen, rien de particulier. Elle était étranglée depuis 36 heures et aucune tentative de taxis n'avait eu lieu. Je n'en fis pas davantage et, la malade étant chloroformée, je procédai immédiatement à la kélotonie. Après incision d'un sac peu lipomateux, je vis s'écouler du liquide en notable quantité, et j'arrivai sur une anse étranglée d'intestin grêle. Cet intestin était en bon état, seulement congestionné, et il était flanqué à son côté interne de la trompe, aisément reconnaissable à son pavillon dirigé en bas. Après débridement en bas et en dedans, j'attirai l'intestin que je réduisis après vérification soigneuse de son intégrité; puis j'examinai la trompe qui était rose et n'adhérait pas au sac, et je la réduisis. Je n'eus pas à m'en repentir et la malade, qui bénéficia d'une réunion immédiate apyrétique, put se lever le 31 janvier et quitter l'hôpital quelques jours après, entièrement guérie.

J'ajoute que j'avais fait la cure radicale par dissection du sac.

OBSERVATION XIX

Hernie de la trompe droite.

MORTON, LANCET, Lond. 1894, I, 403.

Une femme de 46 ans vint demander avis à la consultation du Royal Surrey County Hospital à cause d'une grosseur siégeant dans l'aîne, du côté droit. Elle portait cette grosseur depuis deux ans, grosseur qui était devenue plus volumineuse tout d'un coup, cinq jours avant son entrée à l'hôpital. Elle n'avait pas été à la selle depuis cinq jours, la tumeur était sensible au toucher et donnait l'impression d'un ganglion enflammé ramolli au centre. Un simple lavement fut administré et amena une évacuation considérable. Quatre jours plus tard, une incision fut faite sur la tumeur à travers des tissus qui avaient une consistance presque cartilagineuse. On aperçut alors une masse arrondie, grise, translucide, qui ressemblait au côlon, mais était en réalité le sac épaissi. On ouvrit le sac ; une petite quantité de liquide couleur de café s'échappa. Le sac contenait de l'épiploon et une masse irrégulière paraissant variqueuse ; à l'une de ses extrémités étaient attachées des formations papillaires congestionnées. Ces dernières montraient qu'il s'agissait de la trompe de Fallope et de son pavillon. La trompe et l'épiploon furent rentrés ; le sac fut lié et excisé. La réunion se fit par première intention.

OBSERVATION XX

Hernie crurale, droite, étranglée, contenant la trompe de Fallope.

BUTLER, LANCET, Lond., 1894, I, 403.

Une femme fut admise au Royal Surrey County Hospital,

souffrant d'une hernie crurale droite, étranglée, qui était apparue cinq semaines auparavant. Les symptômes de l'étranglement remontaient à une quinzaine de jours et un simple lavement produisit une évacuation abondante qui fut suivie quelques heures plus tard d'une évacuation spontanée, abondante également. La kélotomie fut pratiquée et on trouva que le sac contenait de l'épiploon gangrené et de l'intestin gangrené et rompu. La cavité péritonéale contenait une grande quantité de matières fécales mêlées à du pus. L'épiploon gangrené fut réséqué, un anus artificiel fut établi, mais la malade mourut de shock deux heures après. A l'autopsie, on trouva l'intestin rompu à environ 18 pouces de la valvule iléo-cœcale. L'épiploon, l'intestin grêle et le cæcum étaient très agglutinés, et accolée à la surface de la masse ainsi formée, se trouvait l'extrémité de la trompe de Fallope droite, qui était sphacélée sur l'étendue d'un demi-pouce, ayant été prise évidemment dans l'anneau constricteur.

L'appendice vermiforme était d'apparence saine, quoique la découverte d'un pépin d'orange dans la cavité péritonéale put faire supposer que l'appendice avait été envahi par la gangrène.

OBSERVATION XXI

Hernie inguinale étranglée depuis 24 heures. Présence de la trompe dans le sac.

(Obs. de WALTHER, in Vassal, th. de Paris 1895, n° 331, Hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille).

L. A..., 14 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Giralès, le 31 mai 1894, dans le service de M. le professeur Lannelongue suppléé par M. Broca.

Pas de hernie du côté paternel; le grand-père maternel avait une hernie. Un enfant du premier lit a été opéré par M. Broca.

Début à l'âge de trois semaines ; la mère remarque une grosseur à l'aîne ; application d'un bandage de trois à cinq mois qu'on supprime ensuite pendant quatre mois. A cette époque, c'est-à-dire à l'âge de neuf mois, la hernie reparait.

Elle est opérée à la garde par M. Walther. Elle contenait un petit étranglement de l'intestin grêle, plus la trompe qu'on a réduite.

Le 9 juin, ablation des fils, réunion complète.

OBSERVATION XXII

Hernie inguinale gauche de la trompe de Fallope sans l'ovaire.

(Obs. de JABOULAY, in de Vaucher, th. de Lyon, 1895. Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope).

M. A..., domestique, âgée de 23 ans, célibataire, n'ayant jamais eu d'enfant ni de fausse couche. Elle a toujours joui d'une excellente santé. Depuis l'âge de 10 ans, les règles se sont succédé régulièrement tous les quinze jours, durant 4 à 5 jours chaque fois, et ne s'accompagnant jamais de douleurs dans la région inguinale.

Au mois de décembre dernier, la malade ayant lavé du linge une bonne partie de la journée, le deuxième jour de ses règles, les vit s'arrêter brusquement le soir même. Elle éprouva quelques malaises, des nausées, un peu de céphalée, puis tout rentra dans l'ordre, mais les règles n'ont pas reparu. Cette anomalie n'a d'ailleurs pas entraîné de phénomènes morbides spéciaux. La malade éprouvait seulement quelques douleurs en ceinture au moment où l'écoulement menstruel aurait dû réapparaître, et sans prédominance d'un côté plutôt que de l'autre.

Il y a 10 jours, en soulevant un ballot de linge, elle ressentit une douleur subite dans le ventre, douleur mal localisée d'abord, et qui se fixa ensuite dans la région inguinale gauche.

L'accident s'était produit à 4 h. 1/2 du soir, et la malade dit

ne s'être aperçue qu'à 10 h. 1/2 d'une petite tumeur existant au niveau de la région douloureuse.

Il y eut simplement quelques nausées, sans vomissements ni météorisme, et la malade put reprendre son travail dès le lendemain. La tumeur disparaissait pendant le repos de la nuit, il n'y avait pas de souffrances bien vives, et ce n'était que le soir, après une journée assez pénible, qu'elle devenait appréciable et un peu douloureuse au palper.

Opération. — A l'ouverture de la tumeur qui est de la grosseur d'une noix et un peu allongée dans le sens du trajet inguinal, on ne trouve ni intestin, ni épiploon, mais seulement un cordon un peu dur qui rampe sur la paroi inférieure du sac, et dont l'extrémité étalée en pavillon s'insère sur la grande lèvre. Cette extrémité est flanquée d'un corps ovoïde, de la grosseur d'une petite amande verte et qui paraît être un ovaire atrophié. Quant au cordon, il se continue à travers l'orifice supérieur du canal inguinal, bridé dans son trajet par des adhérences avec le sac. On ne peut songer, pour cette raison, à réduire cet organe qui est certainement la trompe de Fallope, malgré l'absence des sinuosités typiques. Après isolement du sac, le pédicule est lié en masse et réduit après excision. On place un petit drain dans l'angle interne, et la plaie est fermée.

Les suites opératoires furent simples, et malgré un peu de suppuration, la malade sort complètement guérie au bout de trois semaines.

L'examen histologique, fait par M. Bargeon, interne du service, a montré que l'ovaire n'existait pas dans le sac, et que le corps ovoïde qui avait pu faire croire à sa présence n'était qu'un amas de tissu conjonctif, englobant l'extrémité de la trompe. Cette dernière était épaissie dans ses parois, son orifice à peine distinct et l'épithélium dépourvu de ses caractères normaux.

OBSERVATION XXIII

Hernie crurale droite de la trompe de Fallope.

MAYDL, Ueber retrograde Incarceration der Tuba und des Processus vermiformis in Leisten und Schenkelhernien. Internationale Klinische Rundschau, 1895, n° 2 et 3.

Femme, 47 ans. Pendant les six années précédentes, la malade a noté une petite tumeur dans la région inguinale droite, tumeur qui faisait son apparition après le travail. La malade était habituée à la garder réduite en portant un bandage, mais, en dansant, celui-ci glissa, si bien que la tumeur augmenta de volume et devint irréductible.

Examen.—Au-dessous du tiers interne du ligament de Poupert se trouvait une tumeur molle, élastique, sur laquelle la peau était rouge. De cette tumeur partait un pédicule qui pouvait être palpé distinctement ; il s'étendait en haut, sous l'arcade crurale vers la cavité abdominale. La malade avait vomi nombre de fois et était constipée.

Opération.—L'incision du sac donna issue à une grande quantité de liquide hémorrhagique. Un petit corps apparut alors qui avait l'aspect d'une cerise. De lui partait en haut un pédicule vers le canal fémoral et on sentait au-dessus du pédicule une constriction. Dans le canal fémoral se trouvait un étranglement de la trompe de Fallope serré à sa base. Le corps le premier vu, qui ressemblait à une cerise était un kyste de la moitié de la trompe. La portion étranglée de la trompe se composait d'une anse qui avait passé en arrière dans la cavité abdominale après avoir décrit un trajet en dehors de l'anneau crural ; cette portion étranglée siégeait ainsi en dedans au lieu d'être en dehors de l'anneau.

OBSERVATION XXIV

Hernie crurale droite renfermant la trompe et une anse d'intestin

(HENGGELE, Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1895,
1^{re} partie, p. 21).

Femme âgée de 55 ans, 13 enfants. Il y a dix jours, en sou-

levant un poids, elle fut prise subitement d'une violente douleur dans le pli de l'aîne droite. Une tentative de taxis resta infructueuse.

Diagnostic. — Hernie crurale droite étranglée depuis dix jours, de la grosseur d'un œuf de poule.

Opération. — Kélotomie : le sac contient un « cordon épiploïque » dont l'extrémité libre est comme enroulée sur elle-même, cordon que l'examen histologique montre être la trompe de Fallope droite. Tout à fait au niveau du collet du sac une petite anse d'intestin grêle. Ligature et extirpation du « cordon épiploïque » Résection du sac.

Mort 8 jours après. — A l'autopsie, lésions de péritonite.

Cette malade présentait également une hernie crurale gauche apparue 25 ans auparavant.

OBSERVATION XXV

Hernie crurale droite renfermant la trompe de Fallope

(HENGELER, *loc. cit.*)

Femme, 38 ans. Il y a huit ans, apparut tout à coup dans l'aîne droite, avec une très vive douleur, une grosseur que la malade considéra aussitôt comme une hernie. Depuis deux ans, la hernie sortait souvent, mais pouvait toujours être réduite avec facilité. Deux grossesses, la dernière il y a quinze ans. Depuis deux ans, prolapsus utérin. Jamais les règles ne furent particulièrement douloureuses. Tentative de taxis sans résultat. Mictions et selles régulières.

Etranglement depuis 48 heures.

Diagnostic : Hernie crurale droite étranglée de la grosseur d'un œuf de poule.

Contenu du sac : La trompe de Fallope droite.

Kélotomie, extirpation du sac, réduction de la trompe. — Guérison. — Sortie de la malade vingt-deux jours après.

OBSERVATION XXVI

*Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche
constituée par une hernie de la trompe utérine*

(B.-J. KOUSMINE, Revue de Chirurgie, 1895, p. 313).

Mme Z..., âgée de 36 ans, entre le 14 mars 1893 dans ma clinique, pour s'y faire traiter chirurgicalement d'une tumeur de la région iléo-fémorale gauche.

Le père est mort à 50 ans, par suite d'un refroidissement, la mère est encore en vie, une sœur est morte en couches. La malade se porta bien pendant toute son enfance ; elle fut réglée à 14 ans et se maria à 21 ans.

Les règles étaient toujours très douloureuses, apparaissaient tous les quinze jours et se prolongeaient deux à trois jours. Après le mariage les règles devinrent plus pénibles et furent accompagnées de douleurs insupportables siégeant au bas-ventre, au sacrum et surtout dans le côté gauche du bassin.

A cette période la malade qui ne pouvait ni rester couchée sur le dos, ni marcher librement, souffrait de constipation, ressentait des douleurs sourdes dans l'extrémité inférieure gauche. La malade, affaiblie par la souffrance, passa, l'année dernière, six semaines à l'hôpital, mais sans résultat ; les douleurs du sacrum étant devenues persistantes, la malade restait le plus souvent étendue. En marchant elle se courbait et se penchait du côté gauche.

Désespérant obtenir une amélioration quelconque dans son état, Mme Z... s'adresse fin juin 1882 à une simple paysanne qui lui promet une guérison complète par le massage. Pour atteindre ce but, la femme pressait et pétrissait d'abord fortement le bas de l'abdomen, puis elle retournait la malade sautait sur son dos en s'y agenouillant et s'efforçait de comprimer le ventre en dirigeant les mouvements de haut en bas et des côtés vers le milieu. Deux jours après ce traitement on

s'aperçut d'une tumeur peu saillante, siégeant au-dessus d'une ligne tirée du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure.

La tumeur qui ne présentait aucun relief considérable, avait la forme d'un petit sac relâché, arrondi et donnait lieu à une sensibilité douloureuse que ressentait la malade lorsqu'elle étendait la cuisse. Les douleurs au sacrum et à la moitié gauche du bassin diminuèrent dès que la tumeur fut devenue apparente ; il fut possible à la malade de se coucher sur le dos et elle ne souffrit plus de constipation.

Avec le temps, la tumeur augmenta, s'étendit davantage inférieurement et atteignit de telles dimensions, qu'elle empêchait tout à fait la malade de marcher.

Les douleurs pelviennes se renouvelèrent et la malade n'éprouvait de soulagement qu'en restant couchée dans l'attitude fléchie du membre. Lasse de vivre sans travailler, elle vint réclamer mes soins, disposée et bien décidée à subir le traitement que je lui proposerais, fût-ce au prix d'une intervention chirurgicale.

La malade était de taille moyenne, assez forte.

La tumeur s'était accrue depuis ces dix mois et formait dans la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une proéminence de la grosseur du poing d'un adolescent.

A l'examen de cette région on constatait, au-dessous de la partie la plus interne de l'arcade, une tumeur peu douloureuse, compressible, fluctuante, qui aboutissait en forme de bosselure dans sa partie inférieure à l'un des orifices, dilaté, dont est percé le fascia cribriformis.

La tumeur remontait et disparaissait sous l'arcade de Fallope en se faisant sentir par le toucher dans le flanc gauche, sous la forme d'un kyste gros comme une noix de coco.

La tumeur représentait un sac serré dans l'aîne et divisé en deux cavités qui communiquaient entre elles. La cavité supérieure de la tumeur était un peu mobile, tandis que l'inférieure restait immobile et ne pouvait être déplacée ni de bas en haut, ni latéralement, mais elle diminuait et s'agrandissait à la

pression par suite du passage du liquide d'un sac dans l'autre. Les contours de la tumeur au-dessus de l'arcade arrivaient jusqu'à quatre centimètres au-dessus de la ligne ombilicale transversale, en dedans jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane et en dehors la limite disparaissait d'une manière indéterminée. La matité était absolue dans toute l'étendue de la tumeur.

Le toucher vaginal et l'exploration bimanuelle faisaient voir que l'utérus était entraîné et s'inclinait à gauche et en avant.

Du côté gauche de l'utérus, dans la direction de l'aîne, se faisait sentir une espèce de pédicule. L'ovaire correspondant ne se laisse trouver ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal. Par une ponction aspiratrice de la tumeur, je m'assurai de la nature séro-purulente du contenu.

En résumé, il y avait donc, à n'en pas douter, une tumeur kystique à deux cavités : l'une inférieure sur laquelle je me décidai à porter l'opération et l'autre supérieure.

Le 19 mars, je pratiquai une incision de sept centimètres à la partie la plus bosselée de la tumeur et j'atteignis l'espace que limite le ligament falciforme d'Allen-Burns sur le sac formé par le péritoine doublé d'une couche fibreuse. On l'incisa et on arriva au sac de la tumeur.

Après l'ouverture de celui-ci, je pénétrai dans une cavité renfermant au moins deux litres de liquide purulent, clarifié, dont les éléments solides se déposaient sur la paroi. Après avoir bien épongé et nettoyé le sac et les lèvres de l'incision, j'essayai de dégager le kyste, mais ce fut impossible à cause des adhérences très serrées entre sa paroi et les tissus voisins.

Le contenu du réservoir supérieur se vida au même moment. Voulant examiner l'intérieur, j'y introduisis le doigt et je pus le faire remonter en suivant le canal crural dans le sac supérieur. La surface interne du sac inférieur se présentait un peu tomenteuse, et traversée par des trabécules saillantes ; la

surface du sac supérieur était lisse et s'étendait vers l'intern. Les membranes supérieures du sac qui se dirigeaient vers le vagin, se détachèrent avec les ligaments aux parties du sac supérieures. Tout cela appuyé de la tige la plus solide du diagnostic de l'existence d'une grande hernie inguinale, plutôt de hernie dans le canal crural.

Dans ce cas, la moitié externe de la trompe occupait seule la cavité du sac herniaire, sans adhérence avec aucune partie. Mais il fut constaté qu'il y avait de fortes adhérences dues à son développement incomplet ou d'une agglutination et d'une sorte d'intussusception des franges du pavillon qui se fusionnaient plus ou moins intimement avec le kyste, et avec les trabécules dont j'ai fait mention plus haut.

En présence des adhérences et de la suppuration, je ne pouvais me décider, séance tenante, ni à extirper la tumeur, ni à fendre l'arcade de Fallope et la paroi abdominale, au risque de perdre la malade.

Je préferai faire communiquer préalablement les deux foyers à l'aide d'un gros drain, qui partait d'en haut et s'étendait jusqu'à la partie inférieure de l'incision et qui permettait au contenu du réservoir supérieur de se vider, tandis que la cavité inférieure restait ouverte à l'air d'une tige introduite et tamponnée avec de la gaze iodoformée. Jugeant cette opération suffisante pour le moment, je me proposais, en cas de nécessité, de la compléter ensuite.

Le 17 mars, jour de l'opération, la température était de 38° 2; la malade se plaignait un peu de douleurs au bas-ventre et à la plaie; le ventre était souple, pas de vomissements.

18 mars, temp. 37° 3 le soir 37° 5. Nouvelle douleur, pas de douleurs vives. Alimentation légère.

21 mars matin, temp. 37° 4; le soir 37° 6: le pansement ne causait pas de douleurs et au point de vue de la suppuration, On refit le pansement. Il s'était écoulé une assez

grande quantité de pus du réservoir supérieur par le tube, qui était absolument intact et inodore.

Les lèvres de la plaie étaient un peu tuméfiées ; le ventre n'était pas sensible à la pression ; à la percussion, la matité du réservoir supérieur était considérablement diminuée.

22 mars, matin, temp. 37°,5 ; soir 37°,6 ; on donna un lavement et la malade alla à la garde-robe.

Pendant les jours suivants, la température ne dépassa pas 37°,5 ; pansements tous les 4 ou 5 jours, et une injection d'acide borique.

La suppuration des cavités, bien qu'elle diminuât de jour en jour, continuait encore un peu jusqu'au 16 mai, jour de sortie de la malade.

La cavité supérieure s'était rétrécie, ne donnait plus de matité à la percussion du ventre, et laissait supposer qu'elle s'affaîsserait entièrement ; la cavité inférieure était à peu près cicatrisée.

La malade devait venir me revoir pour que je puisse extirper la poche transformée en kyste, au cas où l'opération faite aurait été insuffisante.

Cinq mois après, la malade se montrait parfaitement guérie. La cavité supérieure et la fistule inférieure étaient complètement cicatrisées.

OBSERVATION XXVII

Hernie crurale droite de la trompe de Fallope

(THOMAS, British Medical Journal, 1896, vol. ii. p. 1202. —

Obs. traduite dans la thèse d'Ivanoff.

Femme, 36 ans. La malade avait une petite masse, dans l'aîne gauche, qui se réduisait aisément jusqu'à sept mois avant l'examen de la malade ; depuis lors, elle a augmenté de volume. Peu de jours avant l'examen, « en soulevant une boîte », elle ressentit une douleur aiguë dans le dos, qui s'irradiait en bas vers l'aîne droite et, graduellement, augmentait

d'intensité. En même temps, une petite grosseur apparut dans l'aîne droite.

Cette tumeur ne pouvait pas être réduite dans l'abdomen. Elle était sensible à la palpation et augmentait graduellement de volume. Pas de vomissements ni de symptômes d'étranglement.

A l'opération qui suivit, la tumeur du côté gauche fut reconnue être une hernie épiploïque de l'anneau crural. L'incision à droite révéla un sac irrégulier, distendu par du liquide qui sortit à l'incision du sac. On vit alors l'extrémité frangée de la trompe de Fallope très congestionnée, de couleur violette avec ses huit tubercules très grossis et très œdématisés ; l'ovaire ne fut ni vu, ni senti pendant les manœuvres. Le ligament de Gimbernat fut débridé et la hernie réduite. — Guérison.

OBSERVATION XXVIII

Hernie inguinale contenant la trompe

WALDEYER, Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Sitzung am 12 juin 1896).

OBSERVATION XXIX

R. GÖPEL, *Ein Beitrag zur Kenntniss der Tübenhernien (Pyosalpinx in einem Schenkelbruchsack).*

(Chirurgische Beiträge, Festschrift für Benno Schmidt), Leipzig, 1896. — Obs. traduite dans la thèse de Schultz.

Il s'agit d'une femme de 62 ans, qui jusqu'ici aurait été, à son dire, bien portante. Elle est mariée depuis 40 ans ; au début de son mariage, un enfant ; depuis, aucune grossesse. Depuis 12 ans, une hernie de la région abdominale inférieure droite, qui, dans ce laps de temps, s'était reproduite 3 ou 4 fois, mais qui chaque fois se réduisait toujours facilement. La tumeur herniaire atteignait des dimensions assez fortes. Sa sortie produisait régulièrement des coliques très doulou-

reuses qui disparaissaient lorsque, avec la main, on réduisait la tumeur.

Jamais de bandage. La malade ne s'était point aperçue qu'elle portait continuellement une tumeur herniaire dans les derniers temps qui précédaient l'opération. La malade rapporte seulement que dans les dernières semaines et même dans les derniers mois, elle ne se sentait pas aussi bien qu'auparavant, tout en ne remarquant aucun changement dans la région herniaire.

Il faut encore mentionner que les règles de cette femme, très régulières depuis une dizaine d'années, n'avaient jamais subi de dérangement.

Le soir du 5 juin 1895, la patiente, faisant son service de préposée aux W.-C., fut prise d'un frisson, suivi d'une abondante sueur froide. On dut reconduire la malade chez elle. A son arrivée, elle fut prise de violents vomissements qui se renouvelèrent très souvent dans les 24 heures suivantes ; en même temps, son ventre gonflait et devenait douloureux ; pas de coliques à proprement parler. Disparition des gaz et des selles. En même temps, la malade remarquait que sa hernie était un peu ressortie, mais elle n'éprouvait pas, à son dire, les mêmes symptômes qu'aux précédentes sorties de sa hernie.

Le soir du 6 juin, 24 heures après le début des accidents, la malade présentait l'aspect suivant : femme corpulente, un peu vieillie ; légèrement asthmatique ; intelligence conservée ; pouls à 100, fort ; temp. 39 ° 6. Abdomen distendu d'une façon uniforme, douloureux à la moindre pression. Pas d'épanchement diagnostiquable dans la cavité abdominale. Dans la région inguinale droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, qui soulève un peu le ligament de Poupart, de façon qu'il soit impossible de préciser la nature crurale ou inguinale de la hernie. Celle-ci est de consistance molle, élastique, donnant à la pression un son creux, et à la palpation, la même sensation à peu près que le reste de l'abdomen.

L'exploration des organes génitaux montre un utérus augmenté de volume, en forte antéversion et semblant fixe. La palpation bimanuelle est impossible, l'abdomen étant très douloureux. Pas d'albumine dans l'urine.

Diagnostic: Hernie droite crurale ou inguinale avec contenu enflammé ; début de péritonite du sac et début de péritonite généralisée.

Le même soir, kélotomie. Incision plutôt verticale, coupant obliquement le ligament de Poupart : la hernie est ainsi libérée et découverte, et l'on reconnaît qu'il s'agit d'une hernie crurale. Les enveloppes du sac contiennent une assez grande quantité de graisse. Le sac lui-même est moyennement tendu, il contient un peu plus de 2 cuillerées à bouche d'une sérosité jaunâtre, un peu louche. Dans la profondeur de la cavité herniaire relativement grande, on trouve une tumeur tendant à sortir du trajet herniaire, tumeur grosse à peine comme une noisette, d'un rouge sombre, d'une consistance molle et élastique, présentant à sa surface l'aspect d'une séreuse qui serait parcourue de fins tractus fibreux. Au premier coup d'œil, cette tumeur semble être une anse herniée de l'intestin grêle. Mais s'oppose à cette interprétation ce fait que l'organe hernié est en tous sens intimement uni avec le collet du sac ; leur séparation ne devient possible qu'après que l'on a incisé le collet. Après avoir ouvert la cavité herniaire, on y introduit le doigt, ce qui rend possible l'exploration de l'organe hernié. Celui-ci appartient à un viscère allongé, irrégulièrement contourné, gros presque comme le pouce, qui, d'un côté, par un pédicule plus mince, se continue avec la corne utérine droite ; et, de l'autre côté, se prolonge jusqu'à la paroi du bassin pour s'épanouir en des prolongements aplatis. Cette conformation ne peut être celle d'aucun autre organe que la trompe plus ou moins dilatée, et dont la paroi a, au niveau de la hernie, formé un diverticule ayant pénétré dans le sac herniaire. Pour pouvoir exciser complètement la trompe, la paroi abdominale est fendue

verticalement sur une étendue d'une longueur de main, à partir du trajet herniaire. On isole la trompe et l'ovaire scléro-kystique des adhérences qui les réunissaient aux organes et tissus voisins ; à ce moment, issue d'une goutte de pus de la trompe, un peu déchirée. On excise celle-ci au thermocautère. La plaie est tamponnée à l'iodoforme après avoir, à l'aide de quelques points de suture, diminué d'étendue l'ouverture de la cavité abdominale. — On ne touche pas aux annexes du côté gauche.

Les jours suivants, la fièvre ne rétrocede que lentement, par suite du retour de quelques symptômes de péritonite. Pendant assez longtemps, la guérison de la malade resta en question, par suite de complications pulmonaires, de la faiblesse très marquée de son cœur ; cependant, quatre semaines après l'opération, la malade était guérie ; elle n'éprouvait plus aucune gêne et put reprendre ses occupations.

Les pièces enlevées présentaient les particularités anatomiques d'une trompe depuis longtemps kystique, dans laquelle s'étaient récemment produits des phénomènes inflammatoires. Il s'agit d'un conduit long de 9 cent. environ, avec une circonférence de près de 7 à 8 cent., avec des renflements séparés par des sillons plus ou moins profonds. D'un côté, l'organe se résout en un mince pédicule. Les franges sont disparues ; à leur niveau la trompe semble soudée avec l'ovaire kystique de façon à former un kyste tubo-ovarien. L'intérieur est divisé par des éperons et par des travées en un grand nombre de kystes en forme de poches. La paroi de la trompe est assez épaissie. La surface intérieure semble, à l'œil nu, lisse. Mais au microscope, la muqueuse présente de grandes lésions des cellules épithéliales, en partie détruites, et une infiltration diffuse de petites cellules de nouvelle formation. A l'ouverture de la trompe s'échappe un pus clair et fluide, qui contient une grande quantité de diplocoques qui se rapprochent en longues chaînes. Comme j'ai déjà dit, la her-

nie était formée par un diverticule de la paroi de la trompe, sans que celle-ci ait subi d'étranglement.

OBSERVATION XXX

Grossesse tubaire dans une hernie inguinale

(JORDAN, Fall von Ruptur eines tubaren Fruchtsackes in einer linkseitigen Leistenhernie. — Münchener medicinische Wochenschrift, 1897, n° 1, p. 7.). Obs. traduite dans la thèse de Schultz, résumée.

Il s'agit d'une malade de 37 ans, sans antécédents pathologiques, toujours bien réglée, mariée en 1887; une première grossesse en 1888, à la suite de laquelle elle fit un phlegmon du ligament large qui dut être incisé par l'abdomen. — Deuxième grossesse en 1892 à la suite de laquelle se produisit un sphacèle de la paroi vésicale et une fistule vésico-vaginale. La malade subit sans succès trois opérations destinées à fermer cette fistule; ce n'est qu'en mai 1894 que le professeur Czerny obtint un succès complet. A ce moment, l'hypogastre de la malade présentait l'état suivant : L'abdomen porte, un peu au-dessus de la symphyse, deux cicatrices anciennes, larges, profondes et, à leur niveau, une éventration. L'une d'elles, largement dilatable, se trouve dans la région du canal inguinal, et est oblique de dedans en dehors; à son niveau, on peut pénétrer dans la cavité abdominale par une ouverture de la dimension d'une pièce de 3 marks environ. La seconde cicatrice se dirige obliquement au-dessus de la symphyse, et, dans sa moitié gauche, correspondant à l'anneau inguinal, elle se dilate en forme de hernie; le véritable orifice herniaire admet deux doigts.

Les fonctions de la vessie restèrent normales à la suite de l'intervention du professeur Czerny; bon état général; il persiste seulement une constipation opiniâtre. A la fin de juillet 1896 la malade eut une véritable crise de rétention stercorale

aiguë, accompagnée de douleurs et de vomissements, qui céda à un énergique traitement médical.

Le 3 août la malade qui n'avait pas vu ses règles, d'habitude très régulières, depuis le 17 juin, fut prise soudainement de très violentes douleurs abdominales et de vomissements, et dut être transportée à la Clinique.

Etat de la malade à l'entrée: femme assez forte, trapue, dans un état d'anémie qui frappait, le visage anxieux, pouls petit et fréquent (120). Le ventre était très tendu, donnait partout un son tympanique, était uniformément sensible à la pression. A la partie inférieure droite de l'abdomen, près de la cicatrice que nous avons décrite plus haut, et semblant faire corps avec elle, se trouve une tumeur, grosse comme un petit poing, donnant à la percussion un tympanisme assourdi. Immédiatement au-dessous de la cicatrice, qui présente en son milieu un orifice herniaire admettant très facilement l'index, se trouve une autre tumeur herniaire grosse comme un œuf de pigeon, molle, non réductible. Dans la moitié extérieure de la cicatrice oblique qui se trouve à gauche, se présente, correspondant à l'orifice inguinal-externe, une hernie grosse comme une pomme, de consistance molle; elle donne un son assourdi, ne se laisse pas réduire, et la palpation à son niveau provoque une douleur qui se propage dans la profondeur.

4 août. — Depuis son entrée à la Clinique la malade continue à vomir et à souffrir. Malgré les lavements, ni selles, ni émission de gaz. Les purgatifs sont tous rendus.

5 août. — Vomissements plus intenses, d'apparence fécaloïde; on donne, mais sans résultat, plusieurs lavements huileux; la malade accuse de violentes douleurs, ne peut dormir, se plaint beaucoup.

Les symptômes d'étranglement décident l'opération.

L'incision se dirigeant à partir du mont de Vénus, obliquement en dehors; à gauche et en haut, libère le sac herniaire, gros à peu près comme une pomme, formé d'enveloppes assez épaisses. Une fois ouvert, on le trouve rempli de caillots

sanguins, noirâtres, très adhérents aux parois. Après avoir enlevé les caillots, on voit suinter, venant de la profondeur, un sang rouge clair, artériel : aussi dut-on pour se rendre un compte exact des lésions, augmenter l'incision et la prolonger en haut jusqu'à ce qu'elle eût atteint 19 cent. En pénétrant dans la profondeur du sac herniaire, on trouva un fœtus qui fut immédiatement extrait avec ses annexes : l'œuf entier était jusque-là resté caché au milieu d'anses intestinales. Les annexes furent attirées dans la plaie ; on réséqua l'ovaire, après ligature. On dut enlever de très nombreux et très gros caillots sanguins disséminés au milieu des anses intestinales. En examinant l'intestin, on découvrit une large et solide adhérence du côlon au sac. On réséqua un bout d'épiploon dont les franges avaient contracté des adhérences avec l'intestin grêle. On fit une toilette aussi complète que possible de la cavité de Douglas, on tamponna avec de la gaze aseptique la plaie abdominale et on en diminua l'étendue à l'aide de quelques points de suture.

Examen de la pièce. — Le fœtus est long de 7 cent. $1/2$, du sexe masculin, et devait, d'après le développement de ses organes, être âgé de 11 à 12 semaines. Il est frais, sain. L'œuf, gros comme une pomme, s'est développé dans la portion moyenne de la trompe : il porte, sur un de ses côtés, l'extrémité abdominale de la trompe courte, épaissie, munie de franges très développées, et, au milieu, l'extrémité utérine longue de 2 cent. environ. Les parois des deux parties de la trompe se rejoignent en embrassant l'œuf et le recouvrent en entier.

À la fin de l'opération, la malade est dans le collapsus ; injections sous-cutanées d'éther. Les vomissements ont continué après l'opération et ont gardé leur aspect fécaloïde. Le 6 août la malade est morte en syncope.

Autopsie. — La tumeur existant dans la région inguinale droite, près de l'éventration, est formée d'un amas d'anses de l'intestin grêle adhérentes entre elles. La tumeur siégeant

dans l'éventration même contient de l'épiploon qui lui adhère et attire en bas la partie du côlon voisine de l'angle droit de cet intestin. A gauche, au niveau du champ opératoire, on trouve de nombreuses adhérences : celles-ci ont provoqué une série de rétrécissements de l'intestin qui forment comme une suite de soupapes. Une anse grêle, longue de 30 cent., est comprise entre deux adhérences, l'une avec la cicatrice de la paroi abdominale, l'autre avec l'ostium abdominale de la trompe droite et, sur ce trajet, très dilatée. De la trompe gauche ne persiste que son pédicule lié à la soie. Caillots sanguins abondants au niveau de la tumeur enlevée, des anses intestinales, et de la cavité de Douglas. Des deux côtés, néphrite interstitielle chronique, à droite, hydronéphrose.

OBSERVATION XXXI

Hernie inguinale gauche, de la trompe

(REMEDI, Sulle ernie della tromba uterina e delle trombe accessorie. — Dessi, Cagliari, 1898). Obs. traduite dans la th. d'Ivanoff.

Natalina Cateni, 29 ans, d'Asciano, mariée, paysanne. Entre à la Clinique le 9 novembre 1897.

Rien de notable dans les anamnestiques touchant la première enfance ; réglée à 17 ans, les menstruations rares, mais régulières dans leurs apparitions, ont toujours été précédées de douleurs abdominales quelques jours avant leur début. Mariée à 18 ans, elle a eu 4 fils ; le dernier a quatre ans et présente une hernie inguinale oblique externe à droite, datant de la naissance et complètement réductible.

La hernie que présente la malade date de sept ans. Ce fut pendant l'avant-dernière grossesse qui fut très laborieuse et prolongée, qu'elle s'aperçut de la présence dans la région inguinale gauche, d'une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon, non douloureuse à la pression, qui rentrait complètement sous cette même pression. Cette petite tumeur dans

la suite réapparut différentes fois, devenant tendue et légèrement sensible ; mais si elle est toujours réduite spontanément dans le décubitus horizontal maintenu pendant quelques heures, des phénomènes d'étranglement ne sont jamais entrés en scène. La malade n'a jamais porté de bandage. Elle a noté que l'apparition de ladite tumeur est devenue plus fréquente dans ces derniers temps et, depuis 4 mois environ, il semble que, ni dans le décubitus horizontal, ni par la pression, elle ne se réduit complètement, la région inguinale gauche paraissant constamment plus saillante que la droite. Pour ce motif, et pour éviter les ennuis consécutifs à sa fréquente issue au dehors, elle entre à la Clinique et accepte l'acte opératoire proposé.

Examen objectif. — Femme assez pâle, plutôt maigre, avec des parois abdominales flasques, avec des veines variqueuses sur les membres inférieurs. La région inguinale gauche apparaît vraiment plus soulevée que la droite. En invitant la malade, en position debout, à exécuter quelques efforts, la tumeur devient plus nette, et on note qu'elle occupe la région du canal inguinal jusqu'à l'anneau inguinal externe qu'elle ne dépasse pas. La malade étant mise en position horizontale, la tumeur diminue partiellement de volume, la région inguinale restant plus proéminente spécialement au niveau de la moitié supéro-externe du trajet du canal inguinal. A la palpation, on note que la tumeur restante est formée par un cordon élastique de la grosseur du petit doigt d'un adulte, qu'elle semble régulière à sa surface, qu'on peut la saisir du bout des doigts en raison de la flaccidité déjà signalée des parois, et qu'on réussit à la réduire dans la cavité abdominale, mais qu'elle réapparaît aussitôt qu'on cesse les manœuvres de réduction. En faisant tousser la malade pendant qu'on palpe la région inguinale, on sent qu'en dehors du cordon décrit, il se forme une tumeur élastique, facilement réductible sous pression, en faisant entendre un bruit net de gargouillement.

Diagnostic. — Entéro-épiplocèle inguinale oblique interstitielle gauche.

Cure radicale le 14 novembre, suivant le procédé de Bassini ; anesthésie locale à la cocaïne. L'aponévrose du grand oblique est bien développée et on n'observe aucun intervalle entre ses fibres qui en diminue l'épaisseur et en affaiblit la résistance. Le sac se trouve situé le long du bord supérieur du ligament rond ; il a la longueur du canal inguinal, il est facilement isolable du ligament jusqu'au voisinage de l'anneau superficiel, plus épais en bas et plus mince en haut. En procédant à son isolement de bas en haut, je note qu'au voisinage de l'anneau interne, cet isolement est plus difficile, à cause d'adhérences plus serrées avec le ligament rond, et à cause de l'existence d'une espèce d'infundibulum grêle qui, partant du sac principal au-dessous de l'anneau interne, pénètre par un trajet d'environ 2 cent. dans l'épaisseur du ligament rond, formant comme un diverticule cylindrique du volume d'une plume à écrire.

Cet infundibulum est très adhérent au ligament rond et se déchire pendant l'isolement vers l'extrémité terminale inférieure. Le sac isolé complètement jusqu'au delà de l'orifice herniaire, je constate que le sac même a une forme cylindro-conique avec la partie la plus large en haut ; il semblerait ainsi, en jugeant de l'extérieur, qu'il n'y a pas de collet.

En ouvrant le sac (ouverture nécessitée par la présence dans son intérieur d'une portion d'épiploon qui, sentie par la palpation, se voyait aussi par transparence) je note la présence d'un paquet d'épiploon parfaitement libre d'adhérences, et dans la partie supérieure du sac ; au voisinage de l'orifice herniaire et descendant au-dessous de celui-ci d'environ 2 cent., une anse formée d'un corps cylindrique, rougeâtre, du volume du petit doigt d'un adulte, qui se continue par son extrémité dans la cavité abdominale. Amenant cette anse entre les doigts, je constate qu'elle est parfaitement libre d'adhérences, qu'elle a une consistance plutôt élastique ; et l'attirant en bas, je vois

apparaître, en continuation avec son extrémité utérine, une partie légèrement élargie munie de franges ; en l'attirant encore, on voit apparaître, au-dessus de l'orifice herniaire, un petit corps de surface légèrement bleuâtre, que je constate être l'ovaire, qui suit directement à cause de la frange ovarienne et du ligament tubo-ovarien, ce mouvement de descente du corps cylindrique décrit ci-dessus, qui n'est autre que la trompe de Fallope qui, avec sa partie moyenne repliée en anse, vient avec le grêle et l'épiploon, faire partie du contenu de la hernie.

Je réduis la trompe, résèque l'épiploon et le sac herniaire au delà de son collet, qui, en ce cas, est indiqué par un tassement de ses parois plus prononcé à sa face inférieure et qui proémine légèrement sur la surface interne, collet qui se trouve situé en dedans et au-dessus du ligament rond. Je complète la restauration du canal inguinal par le procédé classique de Bassini. — Guérison par première intention. — L'examen vaginal, fait le jour de la sortie de l'hôpital (30 nov.), donne les résultats suivants : utérus petit, mobile, en légère antéflexion; ovaire très facile à sentir, mais non augmenté de volume.

OBSERVATION XXXII

Hernie inguinale droite renfermant la trompe de Fallope.

(JALAGUIER, Obs. 71 in Bonnet, th. de Paris, 1898, n° 603)

M... Mathilde, 19 mois, entrée le 2 Juin 1896.

Il y a 6 mois que les parents se sont aperçus que l'enfant portait une grosseur dans l'aîne droite ; elle ne paraissait pas en souffrir. Quand on fait tousser l'enfant, on voit apparaître, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, une tuméfaction ovoïde, réductible avec gargouillement. La percussion de cette tumeur ne révèle pas une sonorité bien nette.

3 Juin. — *Cure radicale.* — Incision parallèle au canal inguinal ; on tombe sur un sac très épais, on l'ouvre après

l'avoir détaché avec soin des parties environnantes, et on trouve à l'intérieur une petite ause qu'on reconnaît être la trompe de Fallope ; on met un catgut sur le collet du sac, et, un moment, on se demande, étant donné l'épaisseur du sac, si on ne se trouve pas, en réalité, en présence de la vessie ; on introduit même une sonde dans la vessie par l'urèthre, mais un examen plus attentif, et enfin la présence dûment constatée de la trompe de Fallope dans le sac, font reconnaître que l'on n'a pas affaire à une cystocèle inguinale, mais bien à un sac formé par le canal de Nüek. — Suture du canal inguinal au moyen d'un surjet au catgut. Drainage au moyen d'un tube de caoutchouc.

Suites opératoires. — 10 Juin, 1^{er} pansement. Il s'écoule un peu de liquide séro-purulent par l'orifice du drain ; on enlève les crins de Florence, et l'on applique un pansement humide qu'on renouvelle deux fois par jour. — L'enfant sort guérie le 15 Juin.

OBSERVATION XXXIII

Double hernie congénitale des trompes, sans hernie de l'ovaire.

(P. WIART, Bulletins de la société anatomique, séance du 8 Juillet 1898, p. 537.

Sur un sujet féminin âgé de 2 mois et demi, trouvé à l'amphithéâtre de Clamart, nous avons constaté une disposition anormale très rare des trompes droite et gauche.

Après ouverture de l'abdomen, l'utérus apparaît fortement dévié à droite, et la vessie légèrement rejetée à gauche. La corne utérine droite regarde en avant et à droite vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire, placé à cheval sur le détroit supérieur, n'atteint pas cet orifice ; au contraire, le ligament rond, la trompe et le ligament tubo-ovarien s'engagent à son intérieur. Le ligament rond est en dedans presque complètement entouré de péritoine ; il ne tient à l'anneau inguinal que par une sorte de méso.

La trompe et le ligament de l'ovaire sont libres de toute adhérence. L'ovaire et la trompe sont sains.

A gauche, le péritoine s'entonce également dans le canal inguinal et le ligament rond s'en entoure comme de l'autre côté; de plus, l'orifice est obturé par une petite portion du pavillon qui s'y engage et y joue librement. L'ovaire et la trompe sont sains.

A l'extérieur, rien d'apparent avant la dissection; pas de tumeur d'un côté ou de l'autre.

Après avoir enlevé la peau on constate de chaque côté l'existence d'un sac péritonéal, du volume d'un gros grain de blé, sortant par l'orifice inguinal externe; le sac du côté droit est un peu plus volumineux que celui du côté gauche. La partie postéro-interne de ce sac est épaisse et tapissée d'un tissu rougeâtre d'aspect musculaire, constitué par l'épanouissement du ligament rond qui s'est peu à peu dégagé du péritoine et s'est étalé sur cette portion du sac.

A gauche, le sac est vide, la portion herniée du pavillon de la trompe n'atteint pas l'orifice externe.

A droite, la trompe est allongée dans le sac, et oblique en bas et en dedans, et libre de toute adhérence, tournant en dehors son bord supérieur, tandis que le pavillon qui occupe le point le plus bas de la portion herniée regarde en dedans et en arrière. Enfin la trompe est restée unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien très allongé.

Il n'y avait aucune autre malformation congénitale.

OBSERVATION XXXIV

Hernie inguinale de la trompe gauche

(P. WIART, *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1899, p. 59).

Sur un sujet féminin âgé de 6 mois environ, de l'amphithéâtre de Clamart, nous avons trouvé une hernie congénitale de la trompe gauche.

Après ouverture de l'abdomen, on peut voir l'utérus très fortement dévié à gauche, la corne de ce côté étant au contact de la paroi pelvienne et regardant en avant et à gauche vers l'orifice abdominal du canal inguinal. L'ovaire situé dans la fosse iliaque interne atteint presque, par son extrémité antérieure, l'orifice inguinal. La trompe et le ligament rond s'engagent dans cet orifice, et tous les deux sont attachés à sa partie inféro-externe par un court méso commun.

À droite, la trompe et l'ovaire ont leur situation normale.

À l'extérieur, rien de visible avant la dissection, pas trace de tumeur. Lorsque la peau est enlevée, on constate, du côté gauche, un sac péritonéal du volume d'un petit pois environ, qui fait issue par l'orifice externe du canal inguinal. Ce sac contient la trompe qui y est ainsi disposée. Elle est un peu bosselée, flexueuse, enroulée de dehors en dedans, formant presque un O complet, si bien que le pavillon, qui regarde en avant, vient presque au contact du segment de la trompe qui sort immédiatement de l'orifice. L'organe est attaché au sac, sauf au niveau du pavillon, par un méso très court qui s'attache à la partie postérieure de ce sac.

L'enfant était hydrocéphale. Pas d'autres malformations viscérales.

OBSERVATION XXXV

DEMOULIN (*Société de Chirurgie de Paris*,
séance du 15 février 1899).

M. Demoulin présente le bassin d'un nouveau-né sur lequel on voit manifestement une hernie inguinale gauche de la trompe. Il s'agit bien ici d'une hernie congénitale de la trompe, variété qui a été niée.

OBSERVATION XXXVI

Etranglement herniaire d'une trompe de Fallope

(ABADIE et DEBOURG, *Société d'anatomie et de physiologie*
de Bordeaux, 10 juillet 1899).

M. Abadie rapporte l'histoire d'un étranglement d'une trompe de Fallope dans le canal inguinal droit d'une femme âgée de 35 ans, opérée par M. le docteur Dubourg.

Cette malade eut, dès l'âge de 5 ans, une petite hernie inguinale droite, facilement réductible, qui resta maintenue jour et nuit par un bandage approprié jusqu'à l'âge de 12 ans. Après ce traitement, la hernie ne se reproduisant plus, la guérison fut jugée suffisante et le bandage abandonné.

La malade fut réglée à 17 ans et se maria à 18 ans. Les règles régulières et indolores au début, s'accompagnèrent depuis le mariage de phénomènes douloureux intenses, de pertes abondantes, de tendances à la syncope. Jamais cependant aux époques menstruelles n'apparait de tumeur herniaire inguinale du côté droit. Elle eut un enfant à l'âge de 20 ans ; la grossesse fut parfaite, l'accouchement normal et rapide. Elle allaite elle-même son enfant pendant 1 an ; les règles revinrent au bout de ce temps avec les mêmes caractères qu'autrefois.

Depuis son accouchement, la malade se plaignait souvent, après une fatigue ou pendant la marche, de gêne ou de pesanteur dans le côté droit du bas-ventre, et y portait souvent la main comme pour soutenir sa paroi abdominale ; elle ne constata cependant aucune tumeur dans la région inguinale jusqu'à il y a 15 jours.

A cette époque, elle venait d'avoir ses règles et la période menstruelle avait été un peu plus longue que d'habitude ; elle fut prise, après une journée de marche et de fatigue, de douleurs plus vives dans l'aîne. Elle constata même à ce niveau

la présence d'une petite tumeur dure, très douloureuse à la palpation. Les douleurs devenant de plus en plus vives les jours suivants et devant la persistance de cette tumeur, la malade se décida à consulter un médecin.

. Examinée 4 jours après le début de ces accidents, elle avait un facies pâle, tiré, les traits légèrement pincés. Elle n'avait pas la moindre élévation de température, elle se plaignait au contraire du froid et avait eu quelques petits frissons. L'appétit était nul, il n'existait pas de vomissements, quelques nausées cependant. La constipation allait presque jusqu'à l'arrêt complet des matières ; un lavement procurait avec peine une selle quotidienne. Les gaz intestinaux étaient rendus en moins grande quantité qu'auparavant. La malade se plaignait surtout de douleurs spontanées d'une très grande violence, localisées dans l'aîne droite et s'irradiant dans la cuisse et le flanc droits. Ces douleurs n'étaient en rien comparables aux coliques intestinales, ni aux tranchées utérines, ni aux douleurs annexielles ; elles ne ressemblaient pas aux vives douleurs menstruelles que la malade avait coutume de ressentir tous les mois. Le ventre n'était pas douloureux ; il n'était pas ballonné et restait souple dans toute son étendue. Au niveau de l'orifice inguinal droit, on constatait l'existence d'une tumeur de la grosseur environ d'une noix. Cette tumeur était dure, irréductible, très douloureuse à la palpation, surtout au niveau du point d'implantation. Elle était mate à la percussion, et subissait des mouvements d'expansion dans les accès de toux. Le toucher vaginal ne révélait aucune déviation de l'utérus et notamment aucune sensation douloureuse, en particulier dans le cul de sac latéral droit ; les annexes n'étaient pas accessibles à l'exploration.

Le diagnostic de hernie épiploïque légèrement étranglée s'imposait. Et comme le retentissement sur l'état général était en somme peu marqué, l'intervention ne fut pas décidée immédiatement.

Le repos au lit, les applications de glace firent disparaître

en quelques jours les douleurs, mais celles-ci reparaissaient sitôt la malade debout.

Malgré la disparition des phénomènes d'étranglement et malgré que la tumeur fut devenue complètement indolore à la palpation, celle-ci restait irréductible. La cure radicale fut faite 8 jours plus tard.

L'anneau inguinal très large n'avait pris aucune part à l'étranglement herniaire. Seul, le sac était en cause; aussitôt ouvert, il s'écoula une certaine quantité de liquide séro-sanguin; puis, lorsqu'il fut débridé, on s'aperçut qu'il ne s'agissait pas d'une masse épiploïque herniée et enflammée, mais bien de l'extrémité libre de la trompe droite. Les franges du pavillon étaient méconnaissables; elles étaient épaissies et avaient perdu leurs découpures habituelles. La trompe elle-même était rouge, noirâtre, congestionnée, aplatie; ses parois étaient amincies et son calibre exagéré. L'étranglement avait porté environ à l'union du tiers externe et des deux tiers internes. L'ovaire, complètement sain, était situé en dehors du sac herniaire. La corne utérine, attirée vers le canal inguinal, paraissait absolument saine. La trompe seule fut réséquée à 2 cent. de son implantation sur l'utérus. La cure radicale fut terminée d'après le procédé habituel.

OBSERVATION XXXVII

Hernie inguinale droite de la trompe de Fallope.

L. ODIZIO, la *Clinica Chirurgica*, 31 décembre 1899, p. 991.

G... S.-T., âgée de 55 ans, mariée, n'a jamais souffert de maladie importante, a eu six accouchements heureux, et durant la dernière grossesse a noté l'apparition dans la région inguinale droite, d'une petite tumeur réductible qui ne l'a jamais dérangée. Malgré le port constant d'un bandage, cette tumeur sortait très souvent et pouvait être réduite avec grande facilité. La malade raconte qu'une nuit, pendant l'hiver, en 1897, s'étant levée sans bandage, la tumeur est sortie à la

suite d'un effort, provoquant de fortes douleurs abdominales, et qu'elle n'a pu être réduite. Le lendemain la malade a eu des vomissements ainsi que des douleurs abdominales qui revêtaient la forme de coliques. Une tentative de réduction fut pratiquée chez elle sans résultat. Envoyée à l'hôpital, l'examen démontre la présence d'une tumeur inguinale droite, un peu plus grosse qu'une noix légèrement dure. Dès son entrée, la malade fut mise dans un bain tiède à la suite duquel le chirurgien réussit à rentrer la hernie sans difficulté notable. Les symptômes de l'étranglement disparurent aussitôt : la malade eut, le jour même, une selle et le lendemain elle sortait de l'hôpital.

Le 10 juin 1898, appelé d'urgence à l'hôpital, je la trouve avec un état général un peu grave. Elle me raconte que, depuis sa sortie de l'hôpital, elle a toujours des douleurs vagues dans l'abdomen qui revêtent la forme de vraies coliques. La hernie sortait souvent malgré le port d'un bandage, mais depuis quelques jours, on ne pouvait la réduire complètement. Depuis 24 heures, les douleurs abdominales s'étaient accentuées, et la nuit précédente elle avait été prise de vomissements persistants.

A l'examen objectif, je trouve le ventre non ballonné et non douloureux à la palpation. Celle-ci réveille seulement quelques douleurs de temps en temps lorsqu'on appuie sur la région inférieure et latérale droite de l'abdomen. Ces douleurs revêtent la forme de coliques non accompagnées de contractions de l'intestin.

Dans la région inguinale droite, existe une tumeur un peu plus grosse qu'une noix qui présente les caractères suivants : En comprimant l'anneau inguinal pendant qu'on fait tousser la malade, on ne perçoit pas la sortie d'un viscère hors de la région comprimée. En comprimant avec les doigts la tumeur pendant qu'avec l'autre main on presse sur sa partie inférieure, on a la sensation de liquide qui fuit sous le doigt ; en continuant la compression on arrive à sentir un corps dur et épais.

Je fais le diagnostic de : Hernie inguinale droite étranglée contenant de l'épiploon.

Le facies de la malade n'est pas altéré; elle a eu une selle à la suite d'un lavement; température normale. Mais les vomissements bilieux persistent; d'autre part, l'état de la malade me paraissant altéré, il ne me paraît pas prudent de temporiser avec des tentatives de taxis d'une efficacité douteuse, et je me décide à opérer d'urgence la malade le jour même de son entrée.

La région est rasée et nettoyée soigneusement. Je fais une incision parallèle au pli inguinal sur la partie la plus saillante de la tuméfaction et incise couche par couche avec beaucoup de prudence. J'arrive sur un sac lipomateux. J'incise la graisse périherniaire et mets à découvert le feuillet séreux, de couleur rouge brun. Alors traînant légèrement le bistouri je pratique sur le sac une petite ouverture que j'agrandis ensuite en me guidant sur l'index. De la cavité sort un peu de liquide sanguinolent. Au milieu du liquide, je trouve un corps rouge brun, œdématisé, ressemblant à une anse d'intestin étranglée, parsemée de points hémorrhagiques; ce corps dépassait le collet du sac d'environ 3 cent. Pour me donner du jour j'incise le sac dans toute son étendue jusqu'au collet.

Attirant complètement hors de la cavité abdominale l'organe en question, et l'examinant avec soin, je constate facilement qu'il tient à l'utérus. Il s'agissait d'une hernie de la trompe du Fallope. La trompe était lâchement adhérente au fond du sac et était étranglée à environ 2 cent. du pavillon. Je détruis ces adhérences lâches, et ne trouvant nulle part sur la portion de trompe étranglée de signes de nécrose, je la réduisis dans la cavité abdominale et excisai le sac au-dessous du collet.

Réparation du canal par le procédé de Bassini. — Suites normales.

OBSERVATION XXXVIII

Hernie inguinale droite de la trompe de Fallope.

(L. ODIZIO, *loc. cit.*)

R. M..., âgée de 6 ans, porte depuis sa naissance une petite tumeur dans la région inguino-labiale droite. Elle n'a jamais ressenti d'ennui sérieux, mais dans ces derniers temps, à la suite de massages, la tumeur a augmenté de volume. La malade est envoyée à l'hôpital pour subir une cure radicale de hernie. — Le jour de son entrée, on note les signes suivants :

Enfant robuste. La région inguinale droite est grosse, tendue, allongée. La peau qui la recouvre est mobile. La tumeur terminée en bas dans l'épaisseur de la grande lèvre, se continue par son extrémité supérieure avec le canal inguinal.

Au niveau de l'anneau inguinal superficiel on constate la présence d'une saillie indolente à la pression, fluctuante, transparente et irréductible. En faisant augmenter la pression intra-abdominale, la tension de la tumeur n'est augmentée dans aucune partie de son étendue. Je fais le diagnostic de « kyste du canal de Nück » et propose l'opération comme moyen de traitement.

Le 16 août, incision perpendiculaire au ligament de Fallope. Les couches qui recouvrent la tumeur sont minces, de sorte qu'en quelques traits de bistouri, j'arrive sur une tumeur oblongue, transparente, de couleur bleuâtre, étranglée au niveau de sa partie moyenne par une bride de tissu connectif; elle contient un liquide transparent et de consistance légèrement gélatineuse. Je procède avec précautions à l'énucléation de bas en haut. L'isolement est difficile à cause d'adhérences très solides avec les deux piliers, le ligament rond et, sur le côté interne, avec une sorte d'infundibulum que je reconnais être un sac herniaire. Malgré cela j'arrive à l'énucléer en totalité. Je trouve alors sur son côté interne un sac mince, appliqué

sur le ligament rond, que je peux disséquer facilement jusqu'à l'orifice du canal inguinal.

Ayant ainsi isolé ce sac jusqu'au niveau du collet je l'ouvre largement, et il s'en écoule un peu de liquide limpide, citrin. Dans le sac, au niveau de son collet, je trouve un bouchon formé par un corps cylindrique gros comme une plume à écrire. Ce bouchon de couleur rouge bleuâtre a une extrémité externe libre, élargie, munie de franges, surmontée d'un petit kyste. J'incise largement le collet du sac, et exerçant des tractions modérées sur ce corps, j'aperçois, au niveau de l'orifice herniaire, un petit corpuscule que je reconnais être l'ovaire, tandis que l'organe hernié se continue avec la corne utérine droite. Il s'agissait évidemment d'une hernie de la trompe de Fallope qui ne présentait aucune altération d'aucune sorte. Je la réduisis dans la cavité abdominale, excisai le sac herniaire et réparai le canal inguinal par le procédé de Bassini.

La guérison survint en 10 jours par première intention.

OBSERVATION XXXIX

Hernie inguinale gauche de la trompe.

(G. de FRANCISCO, *Beitrag zur Klin. Chirurgie*, 1900, zweites Heft, p. 389). — Obs. traduite dans la thèse d'Ivanoff.)

K. J., âgée de 32 ans. Depuis environ 1 an 1/2, la patiente a souffert d'une hernie du côté gauche, qui ne pouvait pas être parfaitement maintenue par un bandage, et souvent causait de la douleur. Parfois la malade était constipée, mais jamais elle n'a eu de symptômes d'étranglement.

Etat. — Dans la région inguinale gauche, une tumeur, du volume environ d'un œuf de poule, apparaît quand la malade tousse. Elle se dirige vers le canal inguinal et ne peut être entièrement réduite.

Opération. — Incision sur la tumeur, en bas jusqu'à la grande lèvre. Le sac herniaire est incisé et ouvert. On y

trouve une corde solide qui n'est autre qu'une trompe adhérente. On sépare la trompe autant que possible ; le sac séparé des parties voisines est fermé complètement avec des sutures au catgut et réduit. — Guérison.

OBSERVATION XL

Salpingite suppurée dans un sac herniaire.

(VILLARD. — *Bull. de la société de chirurgie de Lyon*,
juillet 1900, p. 225.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, entrée à la Charité pour des accidents infectieux post-puerpéraux. Cette malade, mariée à 24 ans, avait eu antérieurement 3 enfants, actuellement bien portants. Cinq jours après son dernier accouchement, elle venait à l'hôpital dans un état infectieux des plus graves ; la vulve était tuméfiée, œdémateuse, d'aspect érysipélateux. Le ventre était ballonné, pas de vomissements pourtant ; les urines contenaient une grande quantité d'albumine. La température oscillait autour de 40°.

Dès son entrée, la malade fut soumise à une désinfection soignée de l'utérus ; des lavages furent régulièrement faits, mais sans résultat ; la température restait élevée ; elle atteignit même un jour 41° 4. — Un abcès de fixation fut à ce moment pratiqué, suivant la méthode de M. le professeur Fochier. La situation devint alors moins grave, et, le 28 mars, c'est-à-dire vingt jours après l'entrée, l'état général s'était amélioré, l'œdème et la rougeur de la vulve avaient disparu, la malade s'alimentait un peu et allait assez régulièrement à la selle, la température élevée persistait pourtant, indiquant la formation probable d'une collection purulente. L'examen attentif de l'abdomen et des viscères thoraciques ne permit de découvrir aucune localisation : l'utérus, encore volumineux, remontait jusqu'au niveau d'une ligne unissant les 2 épines iliaques antérieures, il était fortement incliné à gauche. L'attention fut, à ce moment, attirée par la

constatation d'une hernie inguinale gauche. Celle-ci, du volume d'un petit œuf de poule, était spontanément douloureuse, mais la douleur s'exagérait surtout par la pression et les efforts de toux ; la tuméfaction était fluctuante et irréductible.

Le toucher vaginal me permit alors de constater que l'utérus, basculé à gauche, venait appliquer sa corne gauche contre l'orifice interne du canal inguinal, et il était assez facile, par la palpation bimanuelle, de percevoir le pédicule tubaire, s'engageant dans le canal. J'ai porté, pour ces raisons, le diagnostic de salpingite suppurée, herniée, et adhérente. L'élévation de la température, l'état infectieux général, la présence très probable de pus dans le sac herniaire justifiaient une opération qui fut pratiquée le lendemain 19 mars. Elle vérifia complètement le diagnostic.

Aussitôt après l'ouverture du sac une grande quantité de liquide purulent s'écoula. La trompe flottait dans le pus ; elle était œdémateuse, augmentée de volume, recouverte d'exsudats, et ses franges considérablement tuméfiées, étaient rétractées avec tendance à l'oblitération de la lumière de l'ostium abdominal. Celui-ci n'était pourtant pas encore complètement oblitéré et la pression faisait sourdre à son extrémité un liquide purulent. Au point de vue fonctionnel, devant l'intégrité de la lumière du conduit tubaire, la trompe aurait peut être pu être conservée, mais en dehors de ce fait que, dans l'avenir, il était probable que l'oblitération se produirait, je me trouvais dans l'impossibilité de réduire dans le ventre un organe aussi infecté : j'ai donc été réduit à le réséquer.

Les suites de l'intervention furent simples ; la température s'abaisa dès lors rapidement et, trois semaines plus tard, cette malade quittait l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XLI.

Ernia inguinale della tromba fallopiana

(G. MARIANI, *il Policlinico*, *supplemento settimanale*, 1901,
fasc. 13, p. 385).

Vittoria M..., âgée de 10 ans. Enfant de constitution un peu frêle, anémique, assez intelligente. Elle raconte qu'il y a 2 ans, montant sur un cheval, elle sentit dans les deux aines une douleur subite à la suite de laquelle elle remarqua dans cette région la présence de deux tuméfactions qui, dans la suite, ne laissèrent aucune douleur et qui diminuaient dans le décubitus horizontal. — Pas de hernies dans la famille.

À l'examen, on trouve dans chaque région inguinale une hernie, hernies qui ne présentent rien de particulier, et sont également réductibles par la pression.

Diagnostic : Hernie inguinale double à contenu réductible.

Le 8 septembre 1900, cure radicale bilatérale. — Chloroformisation.

À droite, j'arrivai sur un sac herniaire qui, au premier abord, me parut vide ; mais dans la suite, je trouvai dans sa partie la plus haute, au voisinage du collet, un petit corps en forme de bâtonnet, rouge, adhérent à la paroi interne du sac ; son diamètre était de quelques millimètres seulement, mais son extrémité qui était un peu repliée vers l'orifice herniaire présentait un élargissement que terminaient quelques franges. Cet organe avait toutes les apparences d'une trompe utérine ; en faisant une légère traction dessus, je fis apparaître à l'orifice du sac herniaire un petit corps arrondi, d'aspect blanchâtre que j'eus un peu de peine à amener à l'extérieur ; c'était un ovaire d'aspect normal. Je détachai alors soigneusement la trompe utérine de la paroi du sac et la réduisis dans le ventre après avoir placé une ligature sur une petite

adhérence qui saignait. La trompe était dans un état légèrement hyperhémie.

Fermeture du canal par le procédé de Bassini.

Passant du côté gauche, je trouve un sac vide que j'isole et résèque. Cure par le procédé de Bassini.

Suites apyrétiques. — Guérison par première intention.

OBSERVATION XLII

Hernie inguinale gauche de la trompe

(MORF, *Annals Surgery of Philadelphia*, 1901, XXXIII, p. 247)

Obs. traduite dans la thèse d'Ivanoff. — Résumée.

C. H., 24 ans, célibataire. Depuis la naissance, tumeur herniaire dans la région inguinale gauche, grosse comme une noix, non gênante, réductible. Dix jours avant l'entrée à l'hôpital, augmentation de volume et irréductibilité; en même temps apparition d'un écoulement vaginal muco-purulent. Pas de vomissements, peu de douleurs.

La malade a toujours eu une bonne santé; pas de fausse couche; un enfant à terme, il y a 4 ans. Etat général bon; pas de signes d'étranglement. Température normale. Pouls plein, fort et régulier à 76.

Dans la région inguinale gauche, masse ayant le volume et la forme d'un œuf de poule, s'étendant dans la grande lèvres gauche. Cette masse est quelque peu ferme et résistante, mais, par une palpation soigneuse, on peut y déceler une fluctuation profonde. Surface de la tumeur lisse; peau normale et adhérente, pas de sensibilité marquée, pas d'impulsion à la toux, réduction impossible. L'examen des parties génitales révèle un écoulement vaginal inodore; d'autre part les organes paraissent normaux.

Opération le lendemain. — Incision cutanée sur le canal inguinal; incision de la paroi antérieure du canal. Le sac est distendu par une masse de tissus à laquelle il est extrêmement adhérent par sa surface interne. La masse se continue

au-dessus avec un pédicule cylindrique d'environ 2 cent. 1/2 de diamètre et 4 à 5 cent. de long qu'on peut suivre à travers la cavité abdominale dans l'anneau inguinal interne.

À ce niveau, ce pédicule se divise en trois parties :

La branche de division gauche peut être suivie dans la paroi gauche du bassin sous forme d'une corde solide et arrondie qui n'est autre que le ligament infundibulo-pelvien. La branche droite s'insère à la corne utérine avec laquelle elle se continue, montrant qu'elle est formée par la trompe de Fallope gauche. La branche moyenne est constituée par les tissus du grand épiploon.

Entre les branches droite et gauche du pédicule, en arrière de l'épiploon, on trouve l'ovaire entièrement couché dans la cavité abdominale ; il est quelque peu augmenté de volume et contient de nombreux petits kystes.

L'ouverture du sac donne issue à une petite quantité de liquide épais, verdâtre, muco-purulent. Epiploon lié et sectionné ; portion pelvienne du pédicule liée et coupée au ras de la paroi pelvienne. Ligature jetée autour de la trompe à sa jonction avec l'utérus et section. Ablation de l'ovaire gauche. Réparation du canal par suture des muscles obliques à l'arcade crurale.

Le troisième jour après la malade eut une température de 100° F. accompagnée d'induration des tissus autour de la plaie. Pendant les jours suivants, une quantité modérée de liquide non épais, teinté de sang, séro-purulent s'échappa de la plaie, après quoi la température marcha à la normale et l'induration disparut, la malade guérissant complètement.

La masse examinée consistait principalement en épiploon qui remplissait le sac. Dans la masse de l'épiploon se trouvait la trompe dont l'extrémité frangée était complètement entourée de tissu épiploïque. Il était visible que l'extrémité frangée de la trompe ainsi que les 3 ou 4 centimètres immédiatement adjacents avaient été herniés hors de l'abdomen. La trompe baignait dans une collection de muco-pus. Une partie de la

graisse épiploïque avait subi par places une dégénérescence séreuse.

OBSERVATION XLIII

Hernie crurale droite étranglée de la trompe et de l'intestin.

Observation de LEFORT et DAVRINCHE, in Ivanoff, *Hernie de la trompe de Fallope, Thèse de Lille*, n° 103, 1902.

Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, entrée d'urgence le 11 mai 1902, dans l'après-midi, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Pollet, avec tous les symptômes d'une hernie étranglée.

L'étranglement remonte à 3 jours; la hernie est du volume d'un petit œuf de poule. M. Davrinche commence l'opération; incision suivant le grand axe de la tumeur et ouverture du sac. Il s'écoule de celui-ci un liquide un peu louche, d'odeur fécaloïde; on aperçoit une anse intestinale noirâtre, un peu en dedans et au-dessous d'elle, une sorte d'autre anse plus petite et de même couleur. L'anneau crural est fortement serré; il est débridé au doigt et fortement élargi. Il est alors possible d'attirer l'anse intestinale au dehors et de l'examiner. On reconnaît alors que l'anse la plus volumineuse est une anse d'intestin grêle en voie de sphacèle et que l'anse plus petite située à côté, n'est autre chose que la trompe étranglée. L'anse malade est traitée par l'eau très chaude, elle ne se contracte presque pas sous l'influence de cet excitant et, sur son bord convexe, une large plaque de sphacèle se dessine nettement. Il y a également un commencement de sphacèle au niveau du collet sur le bout supérieur; le bout inférieur est moins malade. L'anse étranglée a un teint verdâtre accusé. La trompe étranglée est entièrement dans le sac, son pavillon est dirigé en arrière et en bas; la convexité de l'anse regarde en avant et en dedans; l'anse est dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors.

L'aileron moyen du ligament large sous-tend cette anse

comme le mésentère sous-tend l'anse voisine de l'intestin. Cette trompe ne paraît pas malade : bien qu'elle ne soit le siège ni de pyosalpinx, ni d'inflammation ancienne, ses lésions paraissent dues à l'étranglement seul. Malgré l'état précaire de la malade, M. Lefort pratique la résection intestinale suivie d'entérorraphie circulaire après la ligature préalable du mésentère correspondant à la portion d'anse à exciser. Les tractions sur la trompe amènent au dehors l'ovaire et la corne utérine qui paraît saine. Un clamp est placé sur le ligament large près de l'utérus, puis remplacé par une ligature en chaîne au ras de l'utérus, et l'ovaire et la trompe sont enlevés après ligature. L'anse intestinale sur laquelle a porté l'entérorraphie fonctionnant bien, a été réduite dans le ventre. Le sac est réséqué, un drain placé dans la plaie et l'incision est réunie par des fils et griffes de Michel. Plusieurs injections de sérum de 400 à 500 grammes sont faites à la malade, mais l'état général reste grave, et le 15 à 8 heures du soir, la malade succombait. L'autopsie n'a pu être faite.

L'examen des pièces a montré une trompe extrêmement congestionnée, augmentée de volume. L'intestin était sphacélé et, sur le bord convexe, la muqueuse et la musculieuse avaient disparu au niveau de la plaque notée au cours de l'intervention et des dimensions d'une pièce de 1 franc environ ; la séreuse seule avait résisté.

Notre thèse était déjà imprimée lorsque notre maître, M. Lejars, nous a communiqué l'observation d'une hernie de la trompe qu'il a récemment opérée dans son service de l'hôpital Ténon, observation que nous reproduisons ci-après :

OBSERVATION XLIV

(Inédite, due à l'obligeance du docteur Lejars)

Hernie inguinale droite de la trompe.

Jeanne H..., 20 ans, m'est envoyée, à la fin de janvier 1904, par le docteur Chanu, pour être opérée d'une hernie inguinale droite.

Cette hernie n'apparaît guère que dans la station debout : elle a le volume d'un petit marron. On ne peut savoir à quelle date précise elle est apparue : il y a deux ans, la jeune fille aurait remarqué pour la première fois, la présence d'une légère « grosseur », qui ne se montrait, d'ailleurs, qu'après la marche.

Depuis, la « grosseur » s'est accrue peu à peu, et cela, surtout dans les six derniers mois. Elle augmente pendant les règles ; cet accroissement de volume, très appréciable, et qui serait d'un tiers environ, devient manifeste dès le premier jour ; les règles sont un peu douloureuses. En dehors des périodes menstruelles, toute douleur cesse, et la hernie ne provoque qu'une sensation intermittente et très tolérable, de gêne et de pesanteur.

La cure radicale est pratiquée le 27 janvier. — Le sac descend un peu au-dessous de l'orifice inguinal externe ; il est mince et semble d'abord vide. Après l'avoir ouvert, je l'isole de bas en haut, à la compresse, en tirant sur le collet, pour remonter le plus possible : à ce moment, je vois apparaître à l'orifice profond un cordonnet rougeâtre ; je l'amène : c'est la trompe, la trompe seule, l'ovaire restant inclus dans l'abdomen : elle est absolument saine et le pavillon a ses franges bien isolées ; aucune adhérence, mais, en dessous, nous voyons nettement le feuillet antérieur de l'aileron tubaire qui se continue avec la paroi inférieure du sac, au niveau du collet ; en tirant un peu plus on fait descendre et glisser cet

aileron, et l'on se rend très bien compte qu'en poursuivant un peu ce mouvement de glissement au dehors, on réaliserait une hernie tubaire complète, avec « adhérence charnue naturelle ». Naturellement on ne pousse pas plus loin l'expérience : la trompe est réduite, le collet du sac lié au-dessous d'elle, tout près, sur les confins de la continuité de l'aileron et de la paroi sacculaire postérieure. La paroi inguinale est alors reconstituée à deux plans, et la peau réunie. — Aucun incident n'a suivi l'intervention.

Nous avons eu là sous les yeux, je pense, un type de hernie tubaire « en évolution », et nous avons pu saisir ce mouvement de glissement du ligament large, qui paraît être la condition même de ces hernies.

Cette observation est à rapprocher des observations II, XIV et XXXIV où il s'agit également d'une hernie de la trompe consécutive au glissement du ligament large.



CONCLUSIONS

I. — La hernie isolée de la trompe est, tantôt une hernie inguinale, tantôt une hernie crurale, exceptionnellement une hernie obturatrice.

II. — La hernie crurale est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche ; cette prédominance n'existe pas pour la hernie inguinale.

III. — La trompe est le plus souvent libre dans le sac ; plus rarement elle est reliée à sa paroi postérieure par un court méso.

IV. — La trompe herniée est le plus souvent une trompe malade pouvant présenter des lésions très diverses : altérations congestives ou inflammatoires, épaississements, adhérences, sphacèle, dégénérescence kystique.

V. — La hernie de la trompe est tantôt congénitale (25 % des cas), tantôt acquise.

VI. — La hernie congénitale est toujours une hernie inguinale. Elle apparaît dans le tout jeune âge et reconnaît pour cause prédisposante la non oblitération du canal de Nüek, jointe à la situation élevée des orga-

nes génitaux internes chez l'enfant en bas âge, et à la mobilité de la trompe.

VII. — La hernie acquise se présente à peu près avec la même fréquence au niveau du canal inguinal et du canal crural.

La principale cause prédisposante réside dans la mobilité de la trompe, mobilité due à sa situation et à ses rapports anatomiques. Toutes les causes qui exagèrent cette mobilité (grossesses répétées), ou qui déplacent la trompe (fibromes utérins) prédisposent à la hernie. Les adhérences pathologiques de la trompe au péritoine pariétal antérieur, dans le voisinage d'un anneau herniaire, peuvent également jouer le rôle de cause prédisposante.

La hernie acquise est quelquefois une hernie de force secondaire à l'intervention d'un traumatisme ou d'efforts violents.

Enfin la hernie de la trompe peut être une hernie par glissement analogue aux hernies du cœcum.

VIII. — La hernie de la trompe seule n'est, le plus souvent, que le premier degré d'une hernie tubo-ovarienne.

IX. — La hernie de la trompe ne donne lieu à aucun signe qui permette de la reconnaître cliniquement. Seul, le toucher vaginal, combiné à la palpation bimanuelle, permettrait de faire le diagnostic en faisant constater l'inclinaison de l'utérus du côté de la hernie, et la transmission à la tumeur des mouvements imprimés au col.

X. — La hernie de la trompe se complique fréquemment d'étranglement ou d'infection et de suppuration du sac. Ces deux complications donnent lieu à la production de signes qui rappellent tantôt ceux de l'étranglement intestinal, tantôt ceux de l'épiplocèle enflammée.

XI. — La conduite à tenir à l'égard de la trompe, au cours de la kélotomie, est subordonnée à l'état de l'organe hernié :

La trompe est-elle saine : réduction dans le ventre.

La trompe est-elle malade : excision.

Vu :

Le Président :

KIRMISSON.

Vu :

Le Doyen :

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE et DUBOURG. — Etranglement herniaire d'une trompe de Fallope. *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 10 juillet 1899.
- AUBRY. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1842, p. 143.
- BANDL. — Die Krankheiten der Tüben, etc., in *Deutsche Chirurgie (Billroth-Lücke)*, lief. 59, p. 7 : Lage-Anomalien der Tüben.
- BÉRARD (A). — L'Expérience, 1839, p. 216.
- BERGER (P). — Article Hernies de la trompe in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 2^e édit., t. VI, p. 396.
- BROCA. — *Bulletins soc. anat.*, janvier 1893, p. 88.
- BRUNNER (C). — Beitrage zur klin. Chir., Bd. IV., 1889, p. 32.
- CLOQUET (J). — Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen. *Th. de Paris*, 1817, n^o 129.
- CONRADI et VOIGT. — *Journal für die Geburtshelfer*, 1787.
- CRUVEILHIER (J.). — *Traité d'anatomie descriptive*, Paris 1852, 3^e édit. t. III.
- DENEUX. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire. *Th. Paris*, 1813.
- DOLBEAU. — *Bulletins soc. anat.* 1854, p. 72.
- DUPONT (de Lausanne). — Société vaudoise de médecine, séance du 4 avril 1878. In *Bull. de la Soc. médicale de la Suisse romande*, 1878, p. 115.
- ENGLISH. — *Österr. méd. Jahrb.*, 1871, III, p. 335.

FÉRÉ (Ch.). — Etude sur les orifices herniaires, etc. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, juillet, août, septembre 1878 et 1879.

FRANCISCO de. — Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XXVI, Heft 2, 1900.

FRANK (R.). — Entzündete Tubarhernie; Radikal-Operation: Heilung. — *Internat. Klin. Rundschau*, Wien, 1892, vi. 1098.

GÖPEL (R.). Ein. Beitrag zur Kenntniss der Tubenhernien (Pyosalpinx in einem Schenkelbruchsack). — Chirurgische Beiträge, Festschrift für Benno Schmidt) Leipsig, Eduard Besold (Arthur Georgi), 1896.

GUINARD et DUDEFOY. — *Bulletins soc. anat.* janvier 1893. P. 85.

HENGGELER (O.). — Statistische Ergebnisse von 276 incarcerirten Hernien, welche von 1881-94 in der chirurgischen Klinik zu Zürich behandelt resp. operiert worden sind. — Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. XV, erstes Heft.

IVANOFF (P.). — Hernie de la trompe de Fallope. *Th. de Lille*, 1902, n° 103.

JABOULAY (M.). — Article Hernies in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, t. VII, p. 812.

JALAGUIER. — In th. Bonnet, Paris, 1898, n° 603. — De la cure radicale de la hernie inguinale non étranglée chez l'enfant en bas âge, *obs.* 71.

JORDAN. — Fall von Ruptur eines tubaren Fruchtsackes in einer linkseitigen Leistenhernie. — *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1897, n° 1, p. 7.

KOSSMANN. — Über accessor. Tuben u. Tubenostien, *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, Bd. 29.

KOUSMINE. — Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. — *Revue de Chirurgie*, 1895, p. 343.

LAUNAY et WIART. — *Bulletins soc. anat.*, janvier 1897.

LEFORT et DAVRINCHÉ. — In Ivanoff, *th. de Lille*, 1902, n° 103.

- LEJARS (F.). — Hernie inguinale de la trompe. — *Revue de Chirurgie*, 1893, p. 12.
- *Traité de chirurgie d'urgence*, 4^e édit., p. 760.
- LENTZ. — *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 9, 1882.
- MARIANI (C.). — Èrnia inguinale della tromba fallopiana. *Suppl. al Policlin.*, Roma, 1901, VII, 385-387.
- MAYDL. — Ueber retrograde Incarcération der Tuba und des Processus vermiformis in Leisten und Schenkelhernien. (*Internat. klin. Rundschau*, 1895, Wien, n°s 1 et 3).
- Die Lehre von den Unterleibsbrüchen (Hernien). Wien, 1898.
- MORE (P. F.). — Hernia of the Fallopian tube without hernia of the ovary. — *Annals Surgery of Philadelphie*, 1901, XXXIII, 247-268.
- MORTON et BUTLER. — Two cases of hernia of the Fallopian tube. — *Lancet*, Lond., 1894, p. 403.
- NÜCK (A.). — Adenographia curiosa, etc. Lugd. Batav., 1692 : Cap. X. De peritonæi diverticulis novis.
- ODIZIO (L.). — Due casi d'ernia della tromba uterina. — *La Clinica chirurgica*, 31 décembre 1899, p. 991-995.
- PICQUÉ et POIRIER. — Etude sur la hernie obturatrice. — *Revue de chirurgie*, 1892, p. 342.
- POZZI. — Hernie de la trompe dans le vagin au niveau d'une cicatrice opératoire d'hystérectomie vaginale. — *Semaine gynécologique*, 19 mai 1903, n° 20.
- PUECH (A.). — Des ovaires et de leurs anomalies, Paris 1873.
- Les hernies de l'ovaire. — *Annales de gynécologie*, 1878, p. 231.
- REMEDJ. — Sulle ernia della tromba uterina et delle trombe accessorie. — (Dessi, éditeur, Cagliari), 1898.
- REYMOND. — *Bulletins soc. anat.*, novembre 1894, p. 842.
- RIEFFEL (H.). — In *traité d'anatomie humaine* de Poirier et Charpy, t. V.
- SACHS (H.). — Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei. — *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXXV.
- SCHOLLER. — Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope. — *Neue Zeitschrift für Geburtskunde*,

- 8^e volume, 2^e cahier (obs. rapportée dans la *Gazette médicale* de Paris, 1840, p. 509).
- SCHULTZ. — Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire. — *Th. de Paris*, 1898-99 n^o 1.
- THOMAS. — *British medical Journal*, 1896, vol ii. p. 1202.
- TURGIS. — Hernie de la trompe ou de l'ovaire. — *Bull. soc. de chirurgie*, 1^{er} février 1893.
- VAUCHER (DE). — Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope. *Th. de Lyon* 1895.
- VILLARD. — Salpingite suppurée dans un sac herniaire. Salpingites hautes ; leur pathogénie. — *Bull. soc. de chirurgie de Lyon*, 1900, III, 225, 229.
- VOIGT. — Obs. publiée en 1809 in Hufeland, *Journal der practischen Heilkunde*, n^o 3, p. 139, et rapportée par Dezeimeris, in l'Expérience, 1839, p. 219.
- VOGEL (M). — Die Tuba Fallopiæ als einziger Inhalt einer Hernia inguinalis. — *Centralblatt f. Gynäk.*, Leipzig, 1886, X, 166-168.
- WALDEYER. — Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Sitzung am 12 juin 1896.
- WALTER (G. Th). — Hidroparasalpinx in einer Hernia inguinalis externa. *Centralblatt für Chirurgie*, 1897, n^o 28.
- WALTHER. — Obs. in th. Vassal, Paris, 1895, n^o 331. — Hernie inguinale chez la femme, particulièrement chez la petite fille.
- WIART (P). — Double hernie congénitale des trompes, sans hernie de l'ovaire. — *Bull. soc. anat.*, juillet 1898, p. 537.
— Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche. — *Bull. soc. anat.*, janvier 1899, p. 59.
- WIGGER. — Ueber Hernien mit besonderem Inhalt. Dissertation. Kiel, 1891.
- ZUCKERKANDL. — Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1877, t. XX.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Historique	8
Caractères anatomiques	11
Etiologie. — Pathogénie	22
Symptômes et Diagnostic.....	37
Complications.....	44
Pronostic.....	53
Traitement.....	55
Observations.....	57
Conclusions.....	131
Bibliographie.....	135

